



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Estágio de Psicomotricidade na Associação Para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Júri:

Presidente: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Vogais: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão
Professora Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Bárbara Rito Ramalho

2019

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer às minhas orientadoras, Ana e Sofia, por me terem recebido tão bem, por me proporcionarem novas aprendizagens e momentos altos de felicidade que guardarei para sempre nas memórias de Psicomotricista.

À minha orientadora Cristina Espadinha, por estar sempre disponível para as minhas dúvidas momentâneas e por me ajudar a simplificar todas as minhas dificuldades.

A todas as crianças e clientes da instituição, que fazem com que o trabalho não seja trabalho, que criaram momentos onde fui professora e aprendiz. Sem elas este mundo não fazia qualquer sentido, dão um ar mais renovável a uma sociedade branca e preta.

Um obrigada aos meus avós, que estiveram sempre presentes nestes anos de faculdade, que me deram a coragem e a motivação certa para nunca desistir de todos os meus objetivos.

À minha mãe, que sempre foi o meu porto seguro e que sempre me apoiou em todos os meus sonhos.

Aos meus irmãos, que me fazem pensar no futuro, no infinito e mais além, que me fazem ser melhor a cada dia que passa e que me fazem acreditar que é possível.

À minha Família que me faz ir ao desconhecido, sempre com a certeza de que não estarei sozinha, que me abraçam quando tenho medo e me dão a mão quando baixo os braços.

Aos meus amigos da faculdade, aos que ganhei para uma vida, que me acompanharam durante todo o meu percurso e que partilharam comigo todas as conquistas e obstáculos de um futuro promissor na área da Psicomotricidade.

Aos meus amigos chamados de abrigo, que nunca deixaram de se preocupar e pôr os meus dias mais coloridos quando as coisas não corriam como queria.

À Sara, onde quer que ela esteja, a pessoa que estimulou o meu interesse nesta área profissional, por me mostrar o que realmente interessa e é especial.

Um bem-haja a todos aqueles que passaram na minha vida e me fortaleceram a adaptar o meu “EU” ao envolvimento. Sem estas divergências nada era possível, nem eu própria teria a profissão que tenho hoje.

Resumo

O presente Relatório objetiva refletir sobre o trabalho desenvolvido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, integrante do Mestrado de Reabilitação Psicomotora. O estágio decorre na Associação Para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra, durante 8 meses, acompanhando crianças, jovens e adultos com patologias variadas, nas valências da Intervenção Precoce, no Centro de Recursos para a Inclusão e no Centro de Atividades Ocupacionais, respetivamente. A intervenção psicomotora foi desenvolvida no âmbito reabilitativo, em sessões individuais ou de grupo, em contexto de atividade motora, de desenvolvimento psicomotor, de atividades psicopedagógicas, em ginásio, sala de aula e meio aquático. Esta prática teve como fim proporcionar a Autonomia nas atividades diárias, a Aprendizagem, a Funcionalidade, o Bem-estar e a Qualidade de Vida, através da prática de atividades do domínio da expressão motora, na área lúdico-terapêutica. Como tal, este relatório descreve o trabalho realizado na instituição pela estagiária, percorrendo as etapas específicas deste tipo de intervenção – integração da estagiária, observação, reflexão sobre as práticas da instituição, criação da relação com os vários clientes, avaliações iniciais dos estudos de caso, elaboração e efetuação dos programas de intervenção psicomotora, avaliação dos resultados finais e reflexão sobre todo o estágio.

Palavras-chave: APERCIM, Surdez, Dificuldades de Aprendizagem, Síndrome de Dravet, Intervenção Psicomotora, Atividade Motora Adaptada.

Abstract

The present Report reflects the work developed in the Branch of Development of Professional Skills, integrant of the Master in Psychomotor Rehabilitation. The traineeship was in Associação Para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra, for 8 of months, accompanying children, young persons and adults with varied pathologies, in the valencies of Early Intervention, in the Resource Center for Inclusion and in Center of Occupational Activities, respectively. The psychomotor intervention was developed in the rehabilitation field, in individual or of group sessions, in the context of motor activity, of psychomotor development, of psychopedagogical activities, in gym, classroom and aquatic environment. This practice has as main objective provides the Autonomy in the daily activities, Learning, Functionality, Well-being and Quality of Life, through the practice of activities of the power of motor expression, in the area of therapeutic-playfully. As such, this report describes it to result from the work carried out in the institution by the probationer, when several clients are going through the specific stages of this type of intervention - trainee integration, observation, reflection on the institution's practices, creation of the empathic relationship with the various clients, initial evaluations of case studies, preparation and implementation of psychomotor intervention programs, evaluation of the final results and reflection on the whole stage.

Key-Words: APERCIM, Deafness, Learning Disabilities, Dravet Syndrome, Psychomotor Intervention, Adaptive Motor Activity.

“Mas os olhos são cegos. Só se procura bem com o coração”

(Antoine de Saint-Exupéry, 1946)

Índice Geral

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	ii
Índice Geral	iv
Índice de Figuras	vi
Índice de Tabelas	vi
Introdução	1
I Parte: Enquadramento Teórico da Prática Profissional	3
I. 1 Caracterização da Instituição	3
I. 1.1 Missão, Visão e Valores	4
I. 1.2 Recursos Materiais e Humanos	5
I. 1.3 Equipa Local de Intervenção – Intervenção Precoce	6
I. 1.4 Centro de Recursos para a Inclusão	10
I. 1.5 Centro de Atividades Ocupacionais	13
I. 2 Caracterização da População	14
I. 2.1 Caracterização dos Casos	17
I. 3 A Surdez na Infância e a Psicomotricidade	18
I. 3.1 Escutar os Surdos	20
I. 4 Psicomotricidade em Meio Aquático	22
I. 5 Psicomotricidade e as Dificuldades de Aprendizagem	23
I. 6 Psicomotricidade e Atividade Motora Adaptada	26
I Parte: Prática Profissional	27
I.1 Organização do Estágio	27
I.2 Intervenção no CAO	29
I.2.1 Boccia	29
I.2.2 Polybat	30

I.3	Avaliação	32
I.3.1	Bateria Psicomotora	32
I.3.2	Schedule of Growing Skills II	34
I.4	Outras Atividades	36
I.5	Estudo de Caso – Martim	36
I.5.1	Caracterização da Patologia - Surdez	37
I.5.2	Percurso Clínico, Escolar e Terapêutico	38
I.5.3	Programa de Intervenção Psicomotora	40
I.5.4	Apresentação e Discussão dos Resultados	41
I. 6.1	Reflexão Pessoal sobre a intervenção com o Martim	50
I.6	Estudo de Caso – Lara	52
I.6.1	Identificação	52
I.6.2	Caracterização da Patologia – Síndrome de Dravet:	53
I.6.3	Programa de Intervenção Psicomotora	55
I.6.4	Apresentação e Discussão dos Resultados da Intervenção	56
I.6.5	Reflexão Pessoal sobre a intervenção com a Lara	63
I.7	Estudo de Caso – Eduardo	65
I.7.1	Identificação	66
I.7.2	Caracterização da Patologia – Perturbação da Linguagem:	66
I. 6.2	Programa de Intervenção Psicomotora	69
I.7.3	Apresentação e Discussão dos Resultados da Intervenção	70
I.8	Estudo de Caso – Iara	78
I.8.1	Identificação	78
I.8.2	Caracterização da Patologia – Dificuldade de Aprendizagem Específica/Instabilidade Emocional	78
I.8.3	Programa de Intervenção Psicomotora	81
I.8.4	Apresentação e Discussão dos Resultados da Intervenção	82
I.9	Reflexão Pessoal sobre a intervenção em grupo – Eduardo e Iara	90
II	Parte: Projeto de Intervenção	92

II.1	Protótipo _____	93
II.2	Operacionalização do Projeto – Primeiros Passos para Implementar: _____	94
II.3	Aplicação em Estudos de Caso _____	94
	Conclusão _____	96
	Referências _____	99
	Anexos _____	104
	Anexo A – Checklist Bateria Psicomotora _____	104
	Anexo B – Checklist da Growing Skills _____	106
	Anexo C – Planeamentos realizados ao longo do Estágio _____	111
	Planeamento de uma das sessões do Martim _____	111
	Planeamento de uma das sessões da Lara _____	112
	Planeamento de uma das sessões com o Eduardo e Lara _____	113
	Anexo D – Exemplos de materiais criados para a intenção _____	114
 Índice de Figuras		
	Figura 1 – Organograma da Instituição, retirado de APERCIM (2014c). _____	6
	Figura 2 – Organização hierárquica das Entidades constituintes do SNIPI (retirado de SNIPI c) _____	7
	Figura 3 – Resultados obtidos nos fatores psicomotores, na avaliação inicial e final da BPM, do Martim _____	49
	Figura 4 – Resultados obtidos nos fatores psicomotores, na avaliação inicial e final da BPM, da Lara. _____	63
	Figura 5 – Resultados obtidos nos fatores psicomotores, na avaliação inicial e final da BPM, do Eduardo. _____	77
	Figura 6 – Resultados obtidos nos fatores psicomotores, na avaliação inicial e final da BPM, da Lara. _____	89

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização das Crianças apoiadas pela ELI, no ano civil 2017, ao nível das suas idades, dos critérios de elegibilidade e ambiente socioeducativo _____	15
Tabela 2 – Caracterização das Crianças e Jovens apoiados pelo CRI, no ano letivo 2017/2018, ao nível do agrupamento e ciclo que frequentam. _____	15

Tabela 3 – Caracterização dos Jovens e Adultos apoiados pelo CAO da instituição, com base nas funções do corpo.	16
Tabela 4 – Autonomia dos Jovens e Adultos apoiados pelo CAO da instituição.	16
Tabela 5 – Caracterização dos Jovens e Adultos apoiados pelo Lar da instituição, ao nível das funções do corpo.	16
Tabela 6 – Caracterização dos casos observados/apoiados de acordo os seus processos.	17
Tabela 7 – Semana-Tipo da estagiária da APERCIM.	27
Tabela 8 – Cronograma do Período de Estágio.	28
Tabela 9 – Calendarização das sessões relativas aos estudos de caso acompanhados em 2017/2018.	28
Tabela 10 – Pontuação da BPM (Adaptado da Bateria Psicomotora, Fonseca, 2010, p.116.	33
Tabela 11 – Perfil do Martim, com base nos resultados das duas checklists na avaliação inicial.	40
Tabela 12 – Programa de Intervenção Psicomotora do Martim.	41
Tabela 13 – Perfil do Martim, obtido na avaliação da Growing Skills.	43
Tabela 14 – Perfil da Lara, com base nos Resultados da Avaliação Inicial.	56
Tabela 15 – Programa de Intervenção Psicomotora da Lara.	57
Tabela 16 – Perfil do Eduardo, com base nos resultados da Avaliação Inicial.	69
Tabela 17 – Programa de Intervenção Psicomotora do Eduardo.	70
Tabela 18 – Perfil da lara, com base nos resultados da Avaliação Inicial.	81
Tabela 19 – Programa de Intervenção Psicomotora da lara.	82
Tabela 20 – Atividades e objetivos realizados pelo projeto, nas várias valências da instituição.	93

Introdução

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais, inserida no 2.º ano, do Mestrado de Reabilitação Psicomotora, para a obtenção do grau de mestre na área em foco.

A *Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais* engloba diversos objetivos, sendo estes importantes à formação de um futuro Psicomotricista (FMH, 2018). Esta atividade de estágio promove a aprendizagem e o treino necessários para a prática profissional, favorece a inclusão do estudante no mercado de trabalho, tendo como base a obtenção de competências nas áreas da Intervenção Psicomotora, na relação com outros profissionais de saúde e na associação de todo o trabalho psicomotor com a comunidade (FMH, 2018). Referindo mais especificamente, no domínio da Intervenção Psicomotora, tenciona-se que o estudante relacione os saberes teóricos com as várias fases da intervenção – avaliação do indivíduo e criação de um perfil intraindividual referente ao mesmo; formação, aplicação e por fim, avaliação de um programa psicomotor, relativo ao desenvolvimento, à reeducação de competências e à psicomotricidade como terapia; constatação de fatores envolvimentoais, que sejam facilitadores ou inibidores da atividade do indivíduo nos vários contextos do seu quotidiano e por consequência de soluções para as devidas questões-problema (FMH, 2018).

Na área da relação com outros profissionais, pretende-se que o estudante conheça o processo de comunicação no seio de uma equipa transdisciplinar, saiba participar na partilha de informação relativamente a um cliente, na elaboração de programas transdisciplinares em cooperação com outras terapias e, por sua vez, crie capacidades de adaptação para o trabalho em equipa (artigo 4.º das Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana [Normas Regulamentares], 2018).

Por fim, este estágio envolve a integração da comunidade nas várias instituições, e como tal, promove ao estudante a capacidade para originar projetos que envolvam técnicos, famílias e o cliente associado, com o intuito de direcionar e aconselhar os mesmos nas várias áreas da intervenção psicomotora (Normas Regulamentares, 2018).

Este Estágio, concretizou-se na Associação Para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra – APERCIM, sendo orientado a nível académico pela Professora Doutora Cristina Espadinha e a nível local pelas Técnicas Superiores de Educação Especial e Reabilitação Ana Pereira e Sofia Cruz. Foi um estágio autoproposto,

escolhido devido ao leque de valências onde a Psicomotricidade estava presente, ou seja uma instituição com potencial de me oferecer experiências profissionais ricas na minha área de residência.

Como tal, o presente relatório está dividido em duas partes – a primeira, referente ao Enquadramento Teórico da Prática Profissional e a segunda relativa aos vários processos realizados na Prática Profissional. Referindo de forma mais detalhada, na primeira parte poderá encontrar-se, inicialmente, a caracterização da instituição, realçando as valências onde foi possível atuar e intervir – Centro de Recursos para a Inclusão (CRI), Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) e Intervenção Precoce (ELI Mafra); a caracterização da população acompanhada no ano letivo 2017/2018, de uma forma geral; e por fim, a literatura pertinente para confrontar com os resultados da intervenção e para enquadrar a mesma, desde a surdez e a psicomotricidade, à atividade motora adaptada e em meio aquático. Na prática profissional, estão dispostos todos os passos necessários para a intervenção psicomotora, sendo apresentada a semana-tipo e a calendarização das sessões para o ano letivo já referido; os procedimentos da avaliação psicomotora e das checklists utilizadas; os estudos de caso de forma mais descritiva e detalhada; a avaliação inicial, com os perfis psicomotores; os programas psicomotores realizados com base nos resultados iniciais; e os resultados finais após a intervenção psicomotora. Ainda neste capítulo está exposto um projeto de Intervenção Psicomotora que poderia vir a surgir na Instituição em questão.

De forma a finalizar, apresenta-se uma reflexão relativa a cada estudo de caso e uma conclusão geral, com as dificuldades e as facilidades sentidas ao longo deste período de estágio, quais as alterações sentidas no meu crescimento profissional e pessoal.

I Parte: Enquadramento Teórico da Prática Profissional

Neste capítulo será feito o enquadramento da instituição onde foi desenvolvido a atividade de aperfeiçoamento profissional. Poderá encontrar-se a caracterização da instituição, a descrição das valências onde houve intervenção, as intervenções utilizadas, a população-alvo de cada valência e a revisão bibliográfica sobre a Psicomotricidade, como interveniente nas várias patologias – surdez, dificuldades de aprendizagem – e nos vários meios – aquático e atividade motora adaptada.

I. 1 Caracterização da Instituição

A Associação Para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (APERCIM), surgiu a 13 de agosto de 1993, tendo como fundadores os pais de crianças com deficiência, e tendo como objetivo acolher, cuidar da saúde, integrar, reabilitar e promover o bem-estar de pessoas com deficiência ou necessidades educativas especiais (APERCIM, s.d.a).

É uma instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e desde 9 de junho de 2000 uma Pessoa Coletiva de Utilidade Pública (APERCIM, s.d.a). Esta IPSS foi determinada para apoiar as pessoas em questão e respetivas famílias, residentes em Mafra, desde o seu nascimento e sem limite de idade.

Segundo a própria instituição, a APERCIM (s.d.a), estreou os seus serviços a 9 de dezembro de 1997, apoiando os 12 primeiros utentes, sendo que após três meses, já era o suporte de 88 pessoas, através das valências do CAO, Intervenção Precoce (IP) e do Projeto Comunitário Escola Inclusiva (PCEI).

Devido a um donativo de um terreno, por pais de um utente da instituição, foi possível a construção da “Quinta da APERCIM”, local onde se realiza a Equitação Terapêutica, uma das áreas de Atividades Ocupacionais e algumas atividades em contacto com a natureza, desde 20 de março de 2005 (APERCIM, s.d.a).

De forma a responder às necessidades e preocupações das famílias, a APERCIM alargou as suas instalações, inaugurando a 7 de dezembro de 2007 o Centro de Recursos da APERCIM para a Educação, Reabilitação e Inserção Social (CRAERIS). Este Centro permitiu o aumento do número de vagas para o CAO e a formação de duas novas valências – a Creche, cujo objetivo é apoiar crianças com ou sem dificuldades, até aos seus 3 anos de idade; e o Lar Residencial que tem como intuito apoiar utentes, cujos seus cuidadores não o conseguem fazer (APERCIM, s.d.e). Em 2016, foi projetado um novo Lar Residencial, arquitetado num terreno adjacente, cedido pela Câmara Municipal de Mafra,

proporcionando um acolhimento aos seus clientes (APERCIM, s.d.e). De acrescentar que em 2016, a instituição apoiou uma média anual de 600 utentes, repartidos pelas 5 respostas sociais (APERCIM, s.d.a).

A APERCIM (s.d.a) assegura vários apoios a pessoas com dificuldades, sendo as suas valências: o CAO, Lar Residencial, CRI, Equipa Local Intervenção (ELI) e Creche. Os apoios são dados nos espaços próprios da instituição ou no seu exterior, i.e., no domicílio, em creches, jardins de infâncias da rede pública e privada, e escolas públicas do concelho (APERCIM, s.d.a). Na instituição existem espaços de piscina, ginásio equipado com máquinas de Cardio, sala de *snoezelen*, sala de integração sensorial, sala de fisioterapia, sala de atividades de vida diária, gabinetes de terapia da fala e quinta com picadeiro, onde são realizadas as terapias com os clientes (APERCIM, s.d.a). Segundo a própria instituição, existem também salas equipadas para o desenvolvimento de atividades pré-profissionais nas seguintes áreas: olaria, marcenaria, restauro, tecelagem, reciclagem, cozinha, serviço de lavandaria, serviço de bar, lavagem de carros, jardinagem, serviço de limpezas, atividades hortícolas e informática, para clientes do CAO, sendo acompanhados por monitores e/ou auxiliares.

Posto isto, segue detalhadamente a missão, a visão e os valores que constituem esta instituição no subcapítulo seguinte.

I. 1.1 Missão, Visão e Valores

Como *Missão* a APERCIM procura promover o bem-estar, a qualidade de vida, a autonomia e cooperar no desenvolvimento global de cada pessoa, adequando-o de acordo com as suas necessidades, criando um envolvimento seguro quer a nível afetivo como físico (APERCIM, s.d.b). Este acompanhamento pode ser feito desde o nascimento do indivíduo até à idade adulta.

Como *Visão*, a instituição pretende ser reconhecida como uma entidade de excelência, possibilitando a reabilitação, integração e participação ativa na sociedade pelos seus utentes, respondendo às necessidades dos próprios e das respetivas famílias (APERCIM, s.d.b).

Como *Valores*, esta associação (APERCIM, s.d.b) tem como ponto fulcral o humanismo, agindo em defesa da **Solidariedade e Amor ao Próximo**, apoiando de forma altruísta todos aqueles que recorrem aos seus serviços e por sua vez, atuando sobre as suas necessidades e especificidades; do **Respeito pelos Valores Humanos/Ética**, considerando a condição e as características de todos os utentes abrangidos pela

associação, proporcionando os serviços mais adequados e adaptados a cada cliente, com o objetivo de responder às suas necessidades e destinado ao seu Desenvolvimento Global. Neste valor incide também o respeito pelos colegas de trabalho, clientes, familiares, parceiros e fornecedores; da **Confiança**, refletindo-se na intervenção da Instituição e dos colaboradores, acreditando nas capacidades e convicções dos mesmos; e por fim, da **Sustentabilidade**, evidenciando o desenvolvimento vitalício da APERCIM com uma atitude transparente, social e eticamente responsável, assegurando a credibilidade e a adequada imagem institucional.

De forma a contextualizar as valências que fizeram parte do percurso na APERCIM, nos subcapítulos seguintes serão apresentadas com maior detalhe.

I. 1.2 Recursos Materiais e Humanos

Esta instituição dispõe de várias salas com características específicas, dispostas no Edifício principal e no CRAERIS, sendo descritos seguidamente – 9 salas de Atividades Ocupacionais (Dolce Vita 1, Dolce Vita 2, Dolce Vita 3, Trabalhos Manuais, Sala de Reciclagem, Grupo de Papel, Restauro, Teares, Ideias e Saberes), 7 salas oficinais (Limpezas, Lavandaria, Jardinagem, Lavagem Auto, Olaria, Quinta, Atividades Socialmente Úteis); sala terapêutica de atividades de vida diária (AVD), de fisioterapia, de fitness, de integração sensorial; 2 Ginásios; Balneários; Piscina; Sala “Portugal Telecom”; Sala de *Snoezelen*; 2 Refeitórios; Campo de *Boccia*; Auditório; Salão de Festas/Garagem; Jardim Coberto; Pátio; 3 salas das Equipas Técnicas (ELI, CRI e CAO); sala de Diretora Técnica; sala de Coordenadora de CAO; sala de Direção; sala de Reuniões; sala de Informática; sala de Assistente Social; Sala de Educadoras de Infância; sala de Atividades de Dança; 2 salas de Secretaria (APERCIM, s.d.e; APERCIM, 2015).

Ao nível dos recursos humanos, de acordo com S. Cruz (comunicação pessoal, 10 outubro de 2017) a APERCIM conta com uma equipa multidisciplinar, com 4 Psicólogos, 5 Terapeutas da Fala, 4 Terapeutas Ocupacionais, 3 Fisioterapeutas, 4 Assistentes Sociais, 1 Educadora Social, 4 Técnicos Superiores de Educação Especial e Reabilitação, 1 Técnico de Reabilitação Psicomotora, 1 Professor de Ensino Básico e Educação Física, 1 Professora de Dança, 4 Monitores, 1 Técnico Oficial de Contas, 4 Escriturários, 22 Ajudantes de Estabelecimento de Apoio a Crianças e Adultos com Deficiência, 1 Motorista de pesados de passageiros, 3 Motoristas de ligeiros, 2 Cozinheiras, 5 Ajudantes de cozinha, 4 Encarregados dos serviços gerais (APERCIM, 2015).

As Valências e os respetivos serviços que constituem a APERCIM (s.d.c), com a devida organização hierárquica, estão representados no seguinte Organograma (figura 1). No que se refere a este tipo de sistematização, a instituição apresenta um funcionamento adequado à evolução da mesma e a concretização dos seus objetivos, existindo uma distinção dos serviços e a correta resolução dos problemas de acordo com a sua função hierárquica.

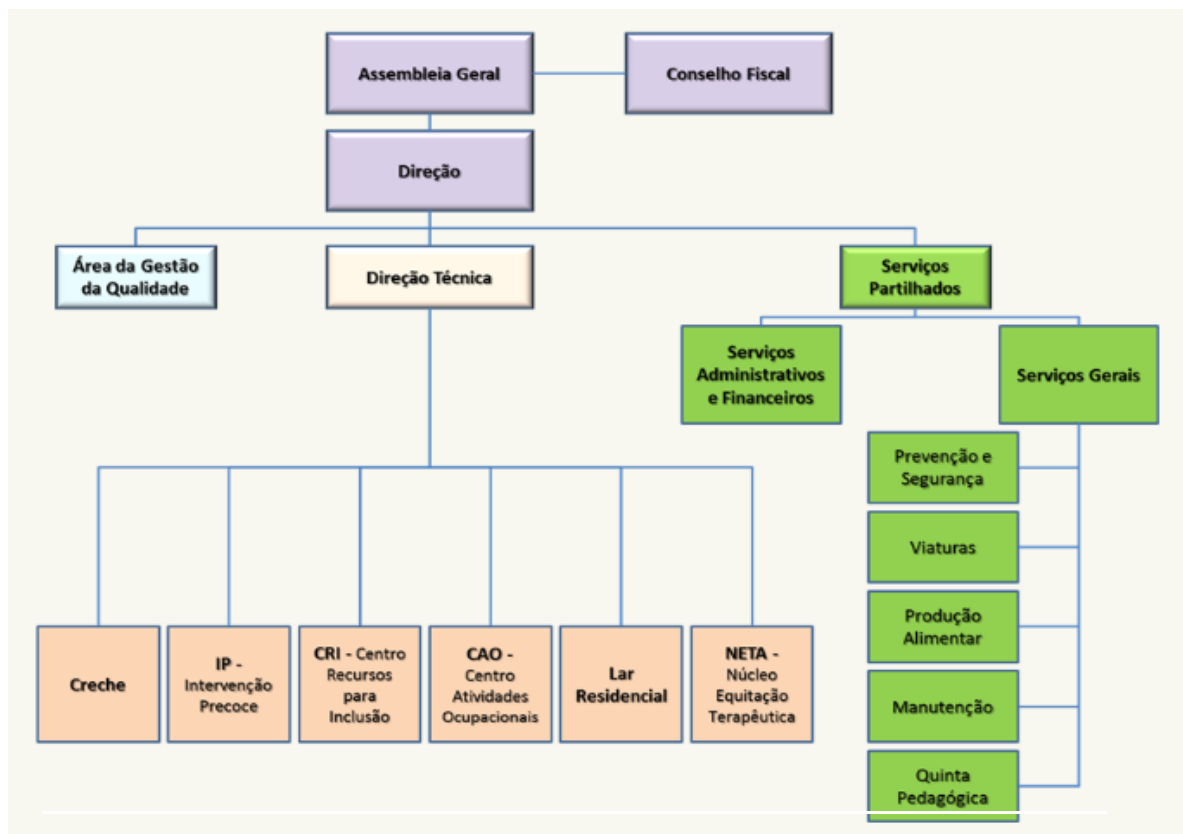


Figura 1 – Organograma da Instituição, retirado de APERCIM (2014c).

I. 1.3 Equipa Local de Intervenção – Intervenção Precoce

A ELI da APERCIM é uma das ELI que constitui o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e que provisoriamente tem a sua sede na APERCIM (figura 2). Desta forma, será detalhado e explicado neste subcapítulo o seu objetivo, missão e respetiva organização.

O SNIPI atua em cooperação com os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, e por fim, com a família e comunidade (SNIPI, 2017b).

Este sistema promove a Intervenção Precoce (IP) a crianças com menos de 6 anos de idade, com alterações nas estruturas ou funções do corpo, ou com um envolvimento de risco que providencia tais alterações (SNIPI, 2017b). Assim, e segundo o desenvolvimento normal da criança, o SNIPI consiste num

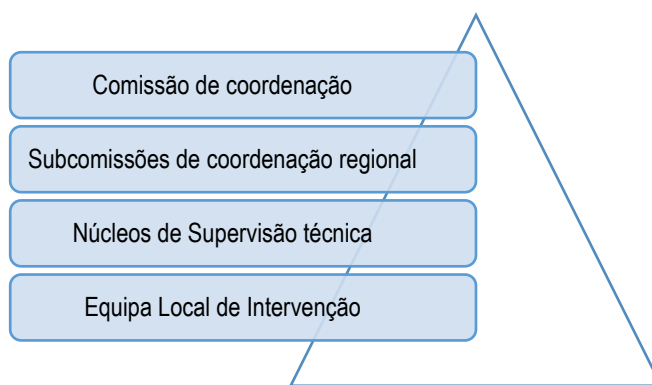


Figura 2 – Organização hierárquica das Entidades constituintes do SNIPI (retirado de SNIPI c)

instrumento que possibilita à criança o direito à participação social (SNIPI, 2017b). Este Sistema tem como *Missão* assegurar a IP na Infância, compreendendo distintas medidas de apoio integrado centrado na criança e na respetiva família, englobando ações de natureza preventiva e reabilitativa, nos domínios da educação, da saúde e da ação social (SNIPI, 2017b).

A IP deve proceder-se o mais breve possível, e sobre os motivos da referenciação, para restabelecer as capacidades antes afetadas, tornar o indivíduo um ser autónomo na vida social e desenvolver as devidas correções ao nível das dificuldades funcionais de origem (SNIPI, 2017b). Segundo a mesma organização, o funcionamento deste Sistema operacional, proporciona a interação entre a família e as instituições, inicialmente as de Saúde, com o intuito de as crianças serem referenciadas o mais rapidamente possível. Seguidamente, são ativados os mecanismos indispensáveis à delineação do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), considerando as necessidades da família, preocupações e outros registos importantes à intervenção com a criança (SNIPI, 2017b). Este plano deve ser realizado e implementado por ELI transdisciplinares que correspondem a todos os serviços nomeados para a intervenção respetiva (SNIPI, 2017b). O PIIP deve ser a ferramenta orientadora das famílias e técnicos envolvidos, estabelecendo um diagnóstico adequado e dando a devida importância, não só às dificuldades da criança, mas também ao seu potencial de desenvolvimento, nos vários contextos onde a mesma está inserida (SNIPI, 2017b).

Como tal, o SNIPI tem como fundamentos, a universalidade de acesso, a responsabilidade dos técnicos e entidades públicas, e a adequada capacidade de resposta, sendo essencial a inclusão da família, dos serviços de saúde, da creche, do jardim de infância e da escola, no Plano de Intervenção da criança (SNIPI, 2017b).

O SNIPI tem uma organização muito particular, sendo constituído por uma comissão de coordenação, cinco subcomissões de coordenação regional, núcleos de supervisão técnica e as Equipas Locais de Intervenção (SNIPI, 2017c).

Seguidamente serão detalhados os objetivos de cada departamento já apresentado.

A Comissão de Coordenação tem como principal responsabilidade articular as ações que são formadas por cada um dos Ministérios representantes, tendo características singulares, das quais se destacam as seguintes (SNIPI, 2017c):

- Coordenar, regulamentar e analisar o funcionamento do SNIPI;
- Estabelecer critérios de elegibilidade para as crianças, instrumentos de avaliação e estratégias necessárias à viabilidade dos PIIP;
- Planear um programa anual de ação, determinando os objetivos a nível nacional;
- Simplificar a informação e por sua vez, organizar um guia nacional de recursos, de forma a chegar à rede de IPSS, agrupamentos escolares e rede de cuidados básicos de saúde;
- Formar uma base de dados nacional, com o intuito de convergir toda a informação pertinente relativamente às crianças acompanhadas pelo SNIPI;
- Incentivar a formação e a investigação na área da IP.

Segundo SNIPI (2017e) os núcleos de Supervisão Técnica estão organizados por profissionais das várias áreas de intervenção do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, do Ministérios de Saúde e do Ministérios da Educação com especialização e experiência reconhecidas na área da IP na Infância. Estes núcleos têm como intuito desenvolver ações de acordo com os Planos de Ação das Subcomissões de Coordenação Regionais e consideram-se as estruturas de apoio das anteriormente mencionadas e das ELI (SNIPI, 2017e).

As ELI são pluridisciplinares, estando em coordenação com diversas instituições (SNIPI, 2017d). Assim, são profissionais especializados e que em conjunto acompanham o percurso da criança nas mais variadas áreas – educadoras de infância de IP, enfermeiros, médicos de família/pediatra, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas e outros. As ELI têm como objetivos (SNIPI, 2017d):

- Mencionar as crianças e as respetivas famílias que foram elegíveis, para o SNIPI;
- Garantir e manter sob método de vigilância as crianças e famílias, que apesar de não serem imediatamente elegíveis, são casos que necessitam de avaliações periódicas devido aos fatores de risco e possibilidade de evolução;
- Direcionar crianças e respetivas famílias não elegíveis para o apoio social, quando necessário;
- Estruturar e implementar o PIIP, de acordo com o diagnóstico do caso;
- Especificar os recursos e as necessidades das comunidades na área de intervenção, promovendo o apoio social de redes formais e informais;

- Vincular, sempre que relevante, com as comissões de proteção de crianças e jovens, com os centros da saúde de crianças e jovens em risco e/ou outras instituições responsáveis pela área da proteção infantil;
- Proporcionar, para cada criança, estratégias ajustadas à transição para outros programas, serviços e/ou contextos educativos;
- Coordenar com os docentes das creches e jardins-de-infância, onde se encontram colocadas as crianças abrangidas pelo PIIP.

No caso da ELI de Mafra (com sede na APERCIM), esta equipa é formada por uma Psicóloga (35 horas semanais), uma Enfermeira que pertence ao Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES) Sintra/Mafra (4 horas mensais), duas Terapeutas da Fala (20 horas/ 35 horas semanais), uma Terapeuta Ocupacional (35 horas semanais), uma Assistente Social (17.5 horas semanais), uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (35 horas semanais) e três Docentes (40h semanais, no Agrupamento de Mafra).

Resumidamente, os critérios de elegibilidade, regem-se com base em dois grandes fatores (SNIPI, 2017a).

- “Alterações nas funções ou estruturas do corpo” - Alterações estas que restringem o desenvolvimento normal e a participação nas atividades típicas, considerando os referenciais de desenvolvimento mais adequados, para a respetiva faixa etária e contexto social. Estas alterações podem ser sem etiologia conhecida, mas que mesmo assim afetam uma ou mais áreas do desenvolvimento infantil, ou devido a condições específicas, i.e., uma anomalia cromossómica ou neurológica;
- “Risco grave de atraso no desenvolvimento” - Devido à existência de circunstâncias biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que envolvem uma alta possibilidade de atraso significativo no desenvolvimento da criança. Este tipo de critério abrange fatores de risco biológico, i.e., a prematuridade, fatores de risco ambiental – fatores de risco parentais, fatores de risco contextuais.

São elegíveis para o SNIPI, as crianças pertencentes ao primeiro e segundo grupo, que apresentam ou reuniram quatro ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental (SNIPI, 2017a).

Durante o estágio foi possível constatar que ao funcionamento da ELI, são anexadas duas reuniões mensais, com duração de duas horas cada, com a presença de toda a equipa técnica. Nestas reuniões são consideradas as crianças sinalizadas, de forma a verificar se apresentam os critérios de elegibilidade suficientes para serem abrangidos pelo SNIPI e por sua vez, acompanhados e apoiados pela ELI de Mafra. Além disso, elege-se o responsável de caso, combina-se as avaliações necessárias e por sua vez, o acolhimento das respetivas famílias.

Os acolhimentos das famílias, são feitos com o responsável de caso. Nesta reunião inicial, é explicado a organização e funcionamento da ELI; os procedimentos que mais se

adequam à descrição da situação; são questionadas à família as suas preocupações relativamente à criança; são questionados os apoios da família (rede formal e informal); os interesses das mesmas; a evolução do desenvolvimento da criança nos vários contextos; a delineação dos objetivos a potencializar e propostas de atividades para a educadora e família realizarem nos respetivos contextos, de forma a alcançar os mesmos.

Também são realizadas reuniões sempre que existe necessidade por parte das famílias, com os técnicos, outros profissionais de IP, educadores de infância e outros técnicos externos, indispensáveis à compreensão e adequação da intervenção. Estes, que acompanham a criança são aqueles que melhor podem responder às preocupações das respetivas famílias.

Ao fim dos seis anos de idade, se permanecer a necessidade de uma intervenção específica, e de acordo com os critérios do Decreto-Lei n.º 3/2008 (o decreto em vigor durante o estágio), a criança poderia continuar a beneficiar do acompanhamento pelo CRI na transição para o 1.º ciclo, cessando assim a intervenção por parte da ELI. Como tal, no subcapítulo seguinte será apresentado descritivamente os objetivos e respetiva organização da valência do CRI.

I. 1.4 Centro de Recursos para a Inclusão

Esta valência tem como objetivo principal, o apoio na inclusão de crianças e jovens com dificuldades, relativamente ao seu acesso ao ensino, à formação, ao trabalho, ao lazer, à participação social e à vida autónoma, propiciando o máximo potencial de cada indivíduo (APERCIM, s.d.d). Este apoio desenvolve-se em parceria com as estruturas da comunidade, cinco Agrupamentos de Escolas, uma Escola Secundária da zona local, e um Colégio semiprivado, com o apoio do Ministério da Educação (APERCIM, s.d.d).

Assim, os destinatários desta valência regem-se segundo diretrizes do Ministério da Educação, sendo os mesmos, alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) – que na altura eram abrangidos pelo Decreto-lei n.º 3/2008 e que frequentam escolas do Ensino Público -, os respetivos pais, professores, cuidadores e comunidade escolar a que vinculam (APERCIM, s.d.d).

Segundo a instituição APERCIM (s.d.d), as áreas de intervenção que a equipa técnica tem como base, pretende responder às necessidades especiais dos alunos e, portanto, centram-se:

- **Na avaliação e apoios terapêuticos especializados**, para crianças e jovens referenciados para a Educação Especial ou que já estão abrangidos pelo Decreto-lei n.º 3/2008, nas variadas áreas – Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia e Reabilitação Psicomotora;
- Na cooperação do processo de avaliação em situações de crianças ou jovens com incapacidades por referência à **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** (CIF);
- No apoio na formação, realização e orientação do Programa Educativo Individual (PEI), do Plano Individual de Transição (PIT) e do Currículo Específico Individual (CEI);
- No apoio da criação e execução de **estratégias de intervenção** adaptados aos alunos com NEE, num determinado contexto;
- No apoio à estruturação e utilização de **materiais adaptados** e de **tecnologias de apoio**;
- No suporte à família, aos professores titulares, aos professores de Educação Especial e assistentes do respetivo aluno;
- No apoio à sensibilização e formação do pessoal docente e não docente, que acompanha diariamente os alunos com NEE;
- Na promoção de **atividades comunitárias**, de forma a incluir este tipo de alunos no meio envolvente;
- Na articulação entre os contextos e as equipas clínicas – Hospitais, Clínicas, Centros de Saúde, entre outros;

A equipa técnica do CRI é multidisciplinar, tem formação especializada e experiências nas áreas de intervenção anteriormente referidas – (APERCIM, s.d.d).

Os apoios fornecidos pelo CRI envolvem alguns processos, iniciando-se na sinalização das crianças e jovens que devem ter intervenção nas várias áreas disponíveis (APERCIM, s.d.d). Inicialmente, o CRI desenvolve esta sinalização através de critérios de elegibilidade, pela ordem sequencial apresentada, dando primazia aos primeiros fatores:

- Os alunos que estavam abrangidos pelo Decreto de Lei n.º 3/2008;
- Os alunos que estavam integrados em Unidades (Multideficiência ou Ensino Estruturado);
- Os alunos com deficiência de baixa incidência, i.e., de carácter sensorial;
- Os alunos que frequentam o 1.º ciclo;

Seguidamente, o CRI em cooperação com os agrupamentos já referidos, formalizam uma proposta dos apoios necessários para cada aluno, e por sua vez, apresentam-no ao Ministério da Educação. O último, caso aprove a proposta, financia os apoios para o respetivo ano letivo (APERCIM, s.d.d).

Ao nível da Intervenção, os apoios terapêuticos são organizados mediante as diretrizes ditadas pelo Ministério da Educação. Na APERCIM (s.d.d) o tempo da sessão e o tipo de apoio que é dado a cada aluno é estruturado e sistematizado num horário em coordenação com a equipa pedagógica do agrupamento respetivo. Todo este processo de organização, exige também o seguimento de algumas normas (APERCIM, s.d.d):

- Flexibilidade de ambas as instituições, de forma a construir o horário terapêutico e pedagógico de cada aluno sinalizado, evitando a sobrecarga horária;
- As coordenadoras da Escola em questão devem sensibilizar os professores responsáveis, de forma a não ocorrer sobreposição de datas de avaliações académicas, nos dias de apoio terapêutico;
- Em casos de intervenção em pequeno grupo, cabe ao técnico responsável fazer a seleção e construção do grupo, de acordo com as características de cada aluno e objetivos delineados;
- A intervenção de cada técnico rege-se pelo plano de intervenção específico de cada aluno;
- Dentro do espaço escolar, deve ser atribuído a cada técnico uma área apropriada ao apoio terapêutico;
- Com base no Plano de Intervenção Específico de cada aluno, o apoio pode decorrer no CRI, segundo as necessidades do aluno e os recursos disponíveis – Piscina, Sala de Integração Sensorial, Sala de Snoezelen, Sala de AVD, sala “Portugal Telecom” (equipada com material tecnológico), Ginásio, Sala de Reabilitação, entre outras;
- Existe ainda o recurso à Quinta da APERCIM, de modo a dar respostas a outras necessidades específicas ou a concretizar outro tipo de atividades – equitação terapêutica, horticultura terapêutica, atividades coletivas/inclusão;
- As atividades coletivas/inclusão são constituintes do Plano de Intervenção de cada aluno.

Segundo a instituição, no que diz respeito às avaliações, estas devem ser realizadas em processos novos ou de continuidade, i.e. em casos de referência pela Educação Especial; sempre que seja prognosticada a necessidade de intervenção pela equipa multidisciplinar; e, em casos de alunos acompanhados pelo CRI, seja relevante haver uma avaliação por outro técnico ou terapeuta (APERCIM, s.d.d). Em situações excecionais, o processo deve ser avaliado pela equipa terapêutica e pedagógica.

Os pedidos de avaliação especializada requerem o preenchimento de um formulário específico, que é disponibilizado pela equipa de Educação Especial e, que por sua vez, é encaminhado para a equipa do CRI (APERCIM, s.d.d). As avaliações sucedem-se nos períodos das interrupções letivas. Excecionalmente, as avaliações podem ocorrer durante o período letivo, após autorização da coordenação do CRI e do respetivo Agrupamento, tendo em consideração o horário das terapeutas responsáveis pelo mesmo. O local para o ato em questão é estabelecido pelo terapeuta responsável, com base na disponibilidade e especificidade do caso (APERCIM, s.d.d).

De acrescentar que após realizada a avaliação, é desenvolvido e apresentado um relatório pela equipa do CRI à equipa de Educação Especial, com o intuito de ser fundamentado e articulado com o Professor Titular e com o Encarregado de Educação, sendo por sua vez, integrado no processo escolar respetivo (APERCIM, s.d.d). Caso a criança necessite de acompanhamento, e já não exista vaga para ser apoiada pela equipa do CRI, o seu processo será encaminhado para os apoios da Segurança Social. Por sua

vez, no ano letivo seguinte, a criança integra a listagem que é enviada para o Ministério da Educação, de forma a ter o apoio devido da Equipa do CRI.

A equipa do CRI deve participar e cooperar em reuniões com a Equipa Pedagógica, nos seguintes momentos (APERCIM, s.d.d):

- Reunião de final de cada período letivo com a equipa multidisciplinar do aluno – pais, equipa técnica, equipa pedagógica;
- Ocasionalmente, participam em reuniões de avaliação conjuntas com o Centro de Recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação (CRTIC) de alunos com NEE acompanhados pela equipa do CRI – equipa técnica que realiza uma avaliação de forma a prescrever tecnologias de apoio e/ou estratégias para estes alunos;
- Reunião para determinar o percurso académico do aluno – alterar estratégias, objetivos; construção ou reformulação de documentos relativos ao processo do indivíduo, em seguimento da avaliação multidisciplinar; elaboração e aplicação do PEI, PIT, CEI, CIF; transição de ciclo, entre outros.

Além disso, também ocorrem reuniões com a Família, de forma a apresentar a equipa do CRI, no caso dos alunos que integram pela primeira vez os apoios terapêuticos; apresentar o horário pertencente às respetivas terapias, no contexto escolar e na APERCIM; e no final de cada período ou ano letivo, caso seja pertinente (APERCIM, s.d.d).

Relativamente às atividades desenvolvidas nesta valência, associadas aos Estudos de Caso e à sua visão da intervenção Psicomotora, estas serão abordadas com maior detalhe no capítulo do enquadramento profissional.

I. 1.5 Centro de Atividades Ocupacionais

O CAO apoia jovens e adultos, a partir dos seus 16 anos de idade, cujas dificuldades sejam graves e os impossibilitem de trabalhar temporária ou permanentemente, ou não se adequem ao regulamento de Emprego Protegido, e como tal necessitem de apoios específicos (APERCIM, 2015). Os indivíduos apoiados pelo CAO estão divididos em salas entre o edifício principal e o CRAERIS, sendo as salas do primeiro dirigidas para indivíduos mais dependentes e, portanto, equipadas com o material necessário para o seu cuidado, e as salas do CRAERIS para indivíduos mais autónomos e incorporadas com materiais oficiais (APERCIM, 2015).

Em ambos os edifícios existe a acessibilidade correta em todos os espaços que constituem a instituição, facilitando assim a livre circulação dos indivíduos com mobilidade reduzida (APERCIM, 2015).

Os jovens e adultos incluídos por esta valência realizam atividades de ocupação e socialização, dispõem de apoios terapêuticos e podem ou não estar incluídos num regime com características jurídico-laboral (APERCIM, 2015).

As atividades ocupacionais desenvolvidas, estão distribuídas por salas, nas áreas da Olaria, Marcenaria, Restauro, Tecelagem, Reciclagem, Cozinha, Serviço de Lavandaria, Serviço de Bar, Lavagem de Carros, Jardinagem, Serviço de Limpezas, Atividades Hortícolas e Informática, tal como já referido anteriormente.

Além de todos os serviços oferecidos por esta entidade, a mesma preza a importância das atividades terapêuticas, assegurando serviços de Reabilitação Psicomotora, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Psicologia, Serviço Social, Hidroterapia, Hipoterapia/Equitação Terapêutica, Natação Adaptada, Dança e ainda, Atividades Motoras Adaptadas – Boccia, Polybat, entre outras. De acrescentar as atividades culturais que os clientes podem também usufruir, como o Teatro, Karaté, Grupos de bem-estar, entre outros (APERCIM, 2015).

Segundo a APERCIM (2015) o CAO desenvolve as suas atividades com base nos seguintes objetivos:

- Incentivar e promover o desenvolvimento das capacidades dos indivíduos com dificuldades;
- Fortalecer a autoestima e autonomia pessoal e social;
- Garantir a confiança e satisfação por parte dos clientes e respetivas famílias;
- Melhorar a qualidade de vida dos indivíduos abrangidos pela instituição;
- Proporcionar apoios de carácter psicossocial aos clientes e respetivas famílias;
- Priorizar a relação com a família e com a comunidade, de forma a favorecer a integração social de pessoas com dificuldades;
- Direcionar ou promover o seu encaminhamento, quando possível, para projetos de natureza de integração socioprofissional;
- Projetar atividades ocupacionais, sociais, culturais, recreativas e desportivas.

Após a elucidação detalhada da organização da instituição e das valências onde foi possível acompanhar as várias crianças, jovens e adultos ao longo do ano letivo em questão, no próximo subtítulo será apresentada e caracterizada a população abrangida por esta instituição, subdividida mais uma vez pelas várias respostas sociais.

I. 2 Caracterização da População

Como já foi referido anteriormente a instituição está dividida por várias valências, sendo seguidamente caracterizada a população que cada uma delas abrange.

Ao nível da ELI, o seu apoio abrange crianças até aos seis anos, sendo no ano de estágio um total de 217 crianças. A caracterização da população de acordo com a sua idade e respetivo critério de elegibilidade está presente na tabela 1 (ano civil de 2017). Na tabela 2 são caracterizados os alunos apoiados pelo CRI, ao nível do género e do agrupamento que o abrange.

Tabela 1 – Caracterização das Crianças apoiadas pela ELI, no ano civil 2017, ao nível das suas idades, dos critérios de elegibilidade e ambiente socioeducativo

		N.º de crianças
Idades	[0-3 anos]	83
	[4-6 anos]	134
Critérios de Elegibilidade	Grupo 1 - "Alterações nas funções ou estruturas do corpo"	191
	Grupo 2 - "Risco grave de atraso de desenvolvimento"	0
	Grupo 1 e 2	26
Ambiente Socioeducativo	Domicílio	14
	Creche/Jardim de Infância	146
	Misto (Domicílio + Creche/JI)	24
	Outros (gabinetes terapêuticos, terapias alternativas)	33

Assim, o CRI apoia 124 alunos do 1.º ciclo, 93 do 2.º e 3.º ciclo e 12 do Ensino Secundário, dando no seu total 229 alunos. Por sua vez, 54.0% dos jovens apoiados têm entre 6 e 9 anos, 41.0% têm entre 10 e 15 anos e, os restantes, 5.0 % dos jovens têm entre 16 e 18 anos. Ao nível da patologia, a maior incidência insere sobre o défice cognitivo, seguindo-se da Perturbação do Espectro do Autismo, a multideficiência, e por fim, outros Síndromes (e.g. Síndrome de Dravet).

Tabela 2 – Caracterização das Crianças e Jovens apoiados pelo CRI, no ano letivo 2017/2018, ao nível do agrupamento e ciclo que frequentam.

	Mafra		Malveira		Ericeira		Venda do Pinheiro		Sobral de Monte Agraço		Saramago		Miramar		Total
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	229
1.º Ciclo [6-9 anos]	10	29	6	17	11	20	2	12	4	13	0	0	0	0	124
2.º/3.º Ciclo [10-15 anos]	7	17	1	3	4	17	6	8	4	17	0	0	3	6	93
Secundário [16-18 anos]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	0	12

No CAO existem 116 clientes apoiados por esta instituição, sendo 60 do género masculino e 56 do género feminino. As idades variam dos 16 aos 80 anos – 9.5% indivíduos com idades compreendidas entre os 16 e os 20 anos, 8.6% indivíduos com idades compreendidas entre os 21 e os 24, 29.3% de indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos, 33.6% de indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 49 anos, e 19.0% de indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e os 80 anos. Relativamente à permanência na instituição 6,90% dos indivíduos está na instituição entre à menos de 1 ano, 22.4% dos indivíduos são apoiados pela instituição entre 1 e 4 anos, 34.5% dos indivíduos está na instituição entre 5 e 10 anos, e por fim, 36.2% dos indivíduos presentes na instituição permanece há mais de 15 anos. Ao nível das patologias, a instituição divide os seus clientes por funções, sendo apresentadas na tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização dos Jovens e Adultos apoiados pelo CAO da instituição, com base nas funções do corpo.

	Sem Problema		Problema Moderado		Problema Grave		Problema Comprometido	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Funções Mentais	2	1	27	23	28	24	3	8
Funções de Visão	30	18	21	31	9	5	0	2
Funções Auditiva, Voz e Fala	11	15	28	13	16	20	5	8
Funções de Aparelhos e Órgãos Internos	23	12	28	28	9	16	0	0
Funções de Movimento	34	21	12	21	12	9	2	5

A instituição divide os clientes apoiados pela sua autonomia, e como tal, será apresentada tabela 4.

Tabela 4 – Autonomia dos Jovens e Adultos apoiados pelo CAO da instituição.

	Independente		Dependente	
	H	M	H	M
Banho	19	17	43	37
Vestir-se	24	21	38	33
Utilização do WC	29	26	33	28
Mobilidade	31	29	31	25
Alimentação	37	39	25	15
Continência	35	37	27	17

O Lar abrange 40 clientes, sendo 23 do género masculino e 17 do género feminino. As idades variam entre os 17 e os 84 anos – 10.0% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 17 e os 20 anos, 7.5% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 21 e os 24 anos, 15.0% dos indivíduos com idades entre os 25 e os 34 anos, 32.5% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 49 anos, 20.0% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e os 59 anos e por fim, 15.0% dos indivíduos entre os 60 e os 84 anos.

Relativamente à permanência na instituição 12.5% dos indivíduos está na instituição há menos de 1 ano, 30.0% dos indivíduos são apoiados pela instituição entre 1 e 4 anos, e por fim, 57.5% dos indivíduos presentes na instituição permanece entre 5 e 10 anos. Ao nível das patologias, a instituição divide os seus clientes por funções, sendo apresentada na tabela 5:

Tabela 5 – Caracterização dos Jovens e Adultos apoiados pelo Lar da instituição - nível das funções do corpo.

	Sem Problema		Problema Moderado		Problema Grave		Problema Comprometido	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Funções Mentais	1	0	11	6	10	8	1	3
Funções de Visão	11	4	10	10	2	2	0	1
Funções Auditiva, Voz e Fala	4	4	11	6	6	4	2	3
Funções de Aparelhos e órgãos	8	4	12	5	3	8	0	0
Funções de Movimento	12	4	6	10	5	3	0	0

I. 2.1 Caracterização dos Casos

Ao longo do estágio foram acompanhados vários casos que estão descritos na tabela seguinte (tabela 6), ao nível da sua patologia e dos apoios terapêuticos que recebem pela instituição ou pela ELI. Além disso, também está dividida pelas valências acompanhadas, pela sua idade e ano de escolaridade respetivo.

Tabela 6 – Caracterização dos casos observados/apoiados de acordo os seus processos.

	Caso	Escolaridade	Idade	Diagnóstico do Processo	Apoios Terapêuticos	Tipologia do Apoio
ELI	M.S.	Jardim de Infância	4	Atraso de desenvolvimento por condições específicas – surdez neurosensorial bilateral	Reabilitação Psicomotora, Terapia da Fala (contexto privado)	Estudo de Caso
	T.J.	Jardim de Infância	4	Atraso no desenvolvimento da linguagem e comunicação	Reabilitação Psicomotora	Observação
	G. R.	Creche	2	Criança exposta a fatores de risco biológico – prematuridade, baixo peso à nascença, atraso do crescimento intra-uterino;	Reabilitação Psicomotora	Intervenção
	H.J.	Creche	2	Perturbação Neurológica Esclerose Tuberosa, Epilepsia refractária;	Reabilitação Psicomotora, Docente de IP	Intervenção.
	H.J. (2)	Jardim de Infância	3	Perturbação do Espectro do Autismo	Reabilitação Psicomotora	Observação
CRI	T.F.	7.º ano	13	Síndrome de Smith-Magenis	Reabilitação Psicomotora, Terapia da Fala, Psicologia	Observação Participada
	S.M.	7.º ano	12	Prematuridade, Défice Cognitivo	Reabilitação Psicomotora, Psicologia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional	Observação Participada
	R.F.	5.º ano	11	Défice cognitivo; PHDA	Reabilitação Psicomotora, Psicologia	Observação Participada
	A.S.	8.º ano	15	Perturbação do Espectro do Autismo	Reabilitação Psicomotora, Terapia da Fala, Psicologia	Observação Participada
	L.G.	2.º ano	9	Síndrome de Dravet, Atraso de desenvolvimento global, Perturbação neurológica, Atraso do Desenvolvimento Psicomotor, Atraso da Linguagem, Dificuldades de Aprendizagem, Socialização, Atenção e Autonomia	Reabilitação Psicomotora, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala e Psicologia	Estudo de Caso
	C.F.	3.º ano	9	Hemiparesia (devido a Hemisferectomia), Perturbação do Comportamento, Atraso Mental Leve	Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Psicologia	Observação Participada
	R.S.	4.º ano	11	Prematuridade, Grande défice cognitivo	Reabilitação Psicomotora, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala e Psicologia	Observação Participada
	C.S.	4.º ano	10	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	Reabilitação Psicomotora, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional	Observação Participada
	E.R.	4.º ano	9	Perturbação Específica da Comunicação, Dificuldades de Aprendizagem	Reabilitação Psicomotora, Terapia da Fala	Estudo de Caso
	I.G.	3.º ano	8	Dificuldades de Aprendizagem, Perturbação Emocional	Reabilitação Psicomotora, Psicologia	Estudo de Caso
	C.R.	8.º ano	14	Síndrome de Down	Terapia Ocupacional, Reabilitação Psicomotora	Observação
	M.D.	7.º ano	13	Perturbação do Espectro do Autismo	Reabilitação Psicomotora, Terapia Ocupacional	Observação
	M.S.	9.º ano	15	Défice Cognitivo, Atraso Mental de Desenvolvimento	Reabilitação Psicomotora, Terapia Ocupacional	Observação
	B.C.	8.º ano	14	Perturbação do Espectro do Autismo	Reabilitação Psicomotora, Terapia Ocupacional	Observação

Tabela 6 (continuação) – Caracterização dos casos observados/apoiados de acordo os seus processos.

Caso	Escolaridade	Idade	Diagnóstico do Processo	Apoios Terapêuticos	Tipologia do Apoio
P.A.	9.º ano	41	Perturbação Emocional, Epilepsia, Deficiência Adquirida	Projeto de Reabilitação Psicossocial, Equitação, Atividade Motora Adaptada, Boccia	Intervenção
A.A.	6.º ano	39	Síndrome de Down	Projeto de Atividades no Exterior, Atividade Motora Adaptada, Psicologia, Boccia	Intervenção
A.P.	Frequentou CECD	35	Síndrome de Down	Equitação, Atividades Expressivas, Atividade Motora Adaptada, Polybat	Intervenção
H.C.	Frequentou APECI	32	Síndrome de Down	Atividades Expressivas, Atividade Motora Adaptada, Psicologia, Terapia da Fala, Equitação, Polybat	Intervenção
M.P.	Frequentou APECI	37	Síndrome de Down	Psicologia, Equitação, Atividades Expressivas, Atividade Motora Adaptada, Polybat	Intervenção
CAO D.A.	_____	51	Epilepsia, Atraso no Desenvolvimento, Perturbação da Comunicação, Déficit Cognitivo	Equitação, Atividade Motora Adaptada, Polybat	Intervenção
V.P.	8.º ano	41	Síndrome de Down	Atividade Motora Adaptada, Atividades Expressivas, Equitação, Psicologia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Polybat	Intervenção
P.I.	_____	58	Encefalite	Atividade Motora Adaptada, Psicologia, Projeto de Reabilitação Psicossocial, Equitação, Atividades Expressivas, Boccia	Intervenção
A.C.	9.º ano	31	Epilepsia, Síndrome de Down	Atividades Expressivas, Psicologia, Atividade Motora Adaptada, Terapia Ocupacional, Equitação, Terapia da Fala, Boccia	Intervenção
A.G.	Curso Profissional	30	Deficiência Motora causada por Acidente Vascular Cerebral	Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia, Atividades Expressivas, Equitação, Boccia	Intervenção
D.B.	Frequentou APECI	43	Deficiência Mental	Psicologia, Atividades Expressivas, Atividade Motora Adaptada, Boccia	Intervenção

Após a apresentação da instituição e do tipo de população que esta atende, segue-se a literatura que irá enquadrar a intervenção psicomotora e confrontar com os resultados da mesma, ao nível dos estudos de caso, descritos de forma pormenorizada na segunda parte do relatório – Prática Profissional. Esta revisão pretende aprofundar alguns temas relativos aos vários estudos de caso – com as patologias e/ou contextos de intervenção menos desenvolvidos na minha licenciatura e mestrado, estando organizados tal como serão apresentados na parte II deste documento.

I. 3 A Surdez na Infância e a Psicomotricidade

Segundo a National Deaf Children's Society [NDCS] (2015) o termo “surdo” é utilizado para referir indivíduos que apresentam perda auditiva, ao nível leve, moderado ou severo.

Ao nível do diagnóstico, a criança surda, sem co-morbilidade, apresenta atrasos no desenvolvimento motor (Gheysen, Loots e Waelvelde, 2007; Vale, 2007) e revela dificuldades no desenvolvimento psicomotor, sobretudo, na modificação da regulação do

tónus e da postura (Melo, Lemos, Macky, Raposo e Ferraz, 2015; Vale, 2007) na prevalência da lateralidade, na coordenação motora, no equilíbrio (Gheysen et al., 2007; Vale, 2007), na área da estruturação espaço-temporal e na formação do esquema corporal (Vale, 2007). Também são referidos défices de atenção e resistências na perseverança de tarefas, isto devido ao facto deste tipo de criança parar o que está a executar, para olhar para o que a envolve, de forma a perceber o que se passa (Vale, 2007).

A mesma autora refere que estas dificuldades prejudicam a aprendizagem da sua língua natural, a Língua Gestual, e por sua vez, da leitura, da escrita, do cálculo mental e operações aritméticas, evidenciando um atraso de cerca de dois/três anos, ao nível escolar, em comparação com uma criança ouvinte (Vale, 2007). Como tal, é imprescindível o apoio psicomotor precocemente, de forma a colmatar as dificuldades motoras e cognitivas (Vale, 2007). De acordo com a NDCS (2015) a surdez não é uma dificuldade de aprendizagem e as crianças surdas poderão ter iguais ou superiores capacidades, em comparação com crianças ditas normais, isto se lhes for fornecido o apoio devido. Estas dificuldades podem surgir porque a aprendizagem no ensino regular ocorre através de dois sentidos, a visão e a audição e, portanto, esta pedagogia cria precocemente barreiras e desafios específicos no acesso à aprendizagem (NDCS, 2015). É importante questionar os pais e educadores sobre as necessidades da criança e quais as suas consequências na aprendizagem, para apoiar com as tecnologias adequadas (NDCS, 2015).

As sessões de Reabilitação Psicomotora traduzem um meio mais livre e acolhedor, permitindo às crianças uma expressividade mais espontânea e criativa (Vale, 2007). Assim, ocorrendo uma consistente troca de relações, a expressão emocional e a criatividade estabelecem-se de variadas formas, permitindo novas descobertas e como tal, novas aprendizagens (Vale, 2007)

Segundo Amaral, Coutinho e Martins (1994) na Língua Gestual o som é trocado pelo visual – o gesto abrange as várias dimensões do espaço, pelo contrário, a fala ocorre sequencialmente na cadeia do som. Mais uma vez, a língua gestual acontece com uma combinação da motricidade manual, do tronco, da cabeça e da expressão facial, ao invés do som, que exige a sua produção pelos pulmões, pela vibração das cordas vocais, com a junção do trato vocal (Amaral et al., 1994).

A Psicomotricidade é uma terapia importante no desenvolvimento educacional desta criança, no sentido de promover as competências da organização espacial, sendo estas os pré-requisitos para a sua Língua mãe (Amaral et al., 1994; Vale, 2007).

A autora Vale (2007) refere, com base no modelo da configuração da mão de Braem (1990), que existem 4 estádios de desenvolvimento relativos à formação do perfil das mãos. Braem (1990) observou que existem gestos mais fáceis de representar e como tal, adquiridos mais precocemente e utilizados mais vezes. Pelo contrário, os gestos mais difíceis de representar são adquiridos mais tarde. Deste modo, é expectável que a criança aprenda inicialmente as configurações da mão, que abrangem a manipulação da mão como um todo, e numa fase mais posterior, aprenda as representações da mão por partes, i.e., a dissociação digital (Vale, 2007).

Ao nível psicomotor, as representações das mãos e os gestos ocorrem paralelamente com o desenvolvimento do esquema corporal da criança, e como tal, deve existir uma aprendizagem correta da ordem dos dedos, de forma a realizar as configurações das mãos em estádios mais complexos e evoluídos (Vale, 2007). A mesma autora acrescenta ainda que dificuldades em outros fatores psicomotores, podem atrasar ou prejudicar o desenvolvimento, a compreensão e a execução correta da Língua Gestual, sendo importante a intervenção precoce a este nível, para colmatar todas as dificuldades sentidas e definir um percurso promissor das aprendizagens que se seguem (Vale, 2007).

I. 3.1 Escutar os Surdos

Segundo Valente, Correia e Dias (2005) as crianças surdas, pela sua singularidade e complexidade, representam um desafio constante no mundo educativo. A existência desta patologia prejudica tanto a receção como a produção da fala, e se não forem obtidas estratégias para estas crianças, as suas incapacidades podem prejudicar a sua adaptação no meio social e académico.

Se fôssemos sensíveis e escutássemos o que dizem os surdos no seu gesticular inescrutável, perceberíamos talvez que afinal não vivem a mais negra solidão, estão «bem, muito obrigado», isto é, quando estão entre si. Mas, como grupo, exprimem um mal-estar indisfarçável face aos sérios obstáculos que enfrentam individualmente nas muitas situações da vida em que têm que se encontrar conosco. Na família e na escola. Na produção e no consumo. Na participação. Talvez seja tempo de lhes darmos ouvidos (Cabral, 2005, p. 37).

De acordo com Valente et al. (2005) existem duas vertentes que caracterizam a surdez – a clínico-terapêutica e socioantropológica. Estas duas perspetivas são importantes no que toca ao desenvolvimento da criança e por sua vez na formação desta como adulto e cidadão autónomo, responsável e proativo na sociedade onde se insere (Valente et al., 2005). Ao nível do percurso académico, estas duas perspetivas influenciam

o mesmo no que se refere à elaboração de um projeto educativo mais específico, definindo objetivos educativos individuais e próprios da criança (Valente et al., 2005).

Na perspetiva clínico-terapêutica o ponto de vista é a surdez como uma deficiência, como um défice auditivo que prejudicará a vida do indivíduo (Valente et al., 2005). Ainda assim, a preocupação desta vertente insere-se na elaboração de estratégias para recuperar o máximo das capacidades auditivas, dispor do processamento de informação por via auditiva, criando a possibilidade do desenvolvimento da oralidade, através de estímulos e processos médicos, com o intuito de criar um indivíduo o mais próximo do ouvinte.

Esta perspetiva liga apenas a surdez à parte patológica da lesão, conduzindo o indivíduo a intervenções ao nível educativo que pretendem a aproximação do ser normal (Valente et al., 2005). Assim, e como os médicos tratam desta patologia, como algo incomum e um indivíduo inábil na sociedade em que vivemos, a língua gestual torna-se um obstáculo para ganhos e sucessos ao nível da compreensão e expressão oral. Em conformidade com autores anteriormente mencionados, a perspetiva socioantropológica considera várias questões que influenciam diretamente o desenvolvimento da criança com surdez. Para além da patologia, existem pontos – como o local de residência, se os progenitores e familiares são surdos ou ouvintes, quais as instituições de referência disponíveis e as intervenções educativas praticadas pelas mesmas, – que são vistos com maior importância na vida da criança com surdez. Assim, existe a preocupação, de procurar todas as hipóteses disponíveis na sociedade envolvente, para proporcionar distintas vivências educativas, sociais e comunicativas (Valente et al., 2005).

A pedagogia das crianças em tema, deve basear-se nos seus potenciais e, portanto, na sua língua original – a língua gestual – de forma a que exista uma aprendizagem completa e ativa. De acrescentar que os potenciais devem ser estabelecidos de forma qualitativa, ao contrário da perspetiva médica (Valente et al., 2005). Na mesma visão, vários estudos referem ser importante o contacto precoce com a língua gestual e com indivíduos iguais a si próprio (Valente et al., 2005). A escola tem a responsabilidade de permitir este contacto da criança com um professor de língua gestual, com o intuito de desenvolver uma aprendizagem eficaz e sólida relativamente à sua língua natural (Valente et al., 2005). Assim, observa-se a formação de um modelo bilingue, uma vez que esta perspetiva valoriza a sua língua natural para o desenvolvimento da sua identidade, na área da comunicação, na relação com os outros e na obtenção da sua segunda língua (Valente et al., 2005). A criança conseguirá inserir-se na comunidade ouvinte, graças a este modelo, e por sua vez, também à formação de um modelo bicultural, isto porque a escola deve

possuir as duas comunidades, que apesar de diferentes, realizam funções pedagógicas em conjunto, e permitindo desta forma à criança, aplicar a sua identidade surda, na comunidade ouvinte (Valente et al., 2005).

Esta perspetiva que foca o bilinguismo, possibilita o desenvolvimento de habilitações metacognitivas e metalinguísticas, que são elementos significativos não só para a aprendizagem da segunda língua, mas também para uma melhor performance escolar (Valente et al., 2005). A aprendizagem da língua gestual promove a capacidade para a participação social, utilizando a sua língua natural em circunstâncias de igualdade com os seus pares ouvintes (Valente et al., 2005). É de referir que o modelo bilingue deve ser expandido para além do ambiente escolar, sendo criadas estratégias que capacitem as crianças surdas a nível profissional num futuro próximo. “Não basta aos surdos terem acesso ao conhecimento; eles precisam, tal como os ouvintes, de operacionalizar esses conhecimentos, transformá-los em instrumentos com utilidade no seu dia-a-dia.” (Valente et al., 2005, p. 86).

Segundo Vygotsky (1989), seria mais fácil para a criança surda aprender apenas a Língua Gestual, no entanto, o autor refere que essa linguagem colocaria a criança num mundo restrito e limitado, ou seja, apenas conseguiria comunicar com aqueles que conhecem a língua. Além disso, a Língua Gestual não assegura aceder a conceitos ou representações abstratas, realçando a linguagem como o estímulo para adquirir a consciência e a autoconsciência (Vygotsky, 1989). O autor conclui ainda que a consciência é produto da experiência social e portanto, promover a linguagem à criança surda é propiciar a comunicação e o desenvolvimento da consciência, do pensamento e do autoconhecimento (Vygotsky, 1989).

I. 4 Psicomotricidade em Meio Aquático

Segundo Gomes (1995), a ação “nadar” consiste numa deslocação em equilíbrio no meio aquático, sem qualquer apoio, o que por sua vez, estimula à criança o desejo de querer aprender mais. Em prol desta questão, existe o aumento da confiança e da segurança em si próprio, favorecendo ao indivíduo uma afirmação no meio que a envolve (Filho, 2003). Para um indivíduo com dificuldades, nadar constitui uma possibilidade de ser autónomo e expressar-se no meio aquático através dos seus próprios recursos e estratégias (Filho, 2003).

Lehmann (1987) acrescenta que este meio coloca o corpo do indivíduo num estado contrário ao da gravidade, oferecendo uma melhor qualidade de vida, tanto por intermédio de sessões recreativas, como de reeducação e/ou de educação.

A água é um meio denominado como facilitador, isto porque promove que a criança realize atividades provenientes da sua procura inicial e exploratória (Filho, 2003). Assim, a criança vai sentir-se confortável para expressar as suas emoções e sentimentos através das suas ações motoras.

Este ambiente possibilita à criança uma reaprendizagem ao nível da postura e da área motora, indispensável a pessoas com dificuldades (Filho, 2003). O meio aquático beneficia a criança em vários fatores – conseguem praticar as suas capacidades nas três dimensões, desfrutam da situação de igualdade e do sentimento de liberdade e proporciona-lhes a melhoria das capacidades motoras em comparação com o que acontece em meio terrestre (Filho, 2003). Assim, o mesmo autor refere ser mais importante para a criança uma sessão no meio aquático do tipo semidiretiva, isto porque neste sentido a criança terá mais possibilidades de explorar o meio e se deixar levar pelo mesmo.

Neste tipo de intervenção, a psicomotricidade relacional entra como a mais usual, evidenciando a relação humana, a comunicação e as experiências lúdicas como prioritárias (Filho, 2003). A criança desenvolve-se e aprende com o outro, sendo o último um estímulo para a criança querer descobrir-se a si própria e ao que a envolve.

Segundo Onofre (2000) a prática ao nível da educação, no meio aquático, ocorre deixando a água intervir. Na mesma perspetiva, o autor explica o significado do efeito da água, referindo que considera a criança como um todo, estimulando o interesse em contactar com a água de forma dinâmica, física e química, ao seu ritmo e consoante as suas características pessoais. Reconhece o meio aquático não apenas para o fim de aprendizagens de natação, mas um contexto onde a criança, após se relacionar, consegue obter reciprocidade, sintonia, afeição e a possibilidade de se descobrir a si própria, o seu corpo e o envolvimento (Onofre, 2000). Acrescenta que água ativa e motiva a criança para o seu desenvolvimento global deixando-a livre para crescer progressivamente.

I. 5 Psicomotricidade e as Dificuldades de Aprendizagem

Crianças com Dificuldades de Aprendizagem (DA) refletem uma perturbação que afeta as capacidades de armazenar, memorizar, organizar e produzir uma determinada informação (Nielsen, 1999; Correia, 2008).

As crianças diagnosticadas com DA manifestam défices na organização motora de gênese, que por sua vez, compreende a tonicidade, a postura, a locomoção e a equilíbrio, fatores que espelham a organização psicomotora, que integra a lateralização, a direccionalidade, o corpo e a sua imagem, a estruturação espaço-temporal e as praxias

global e fina (Fonseca, 1984; Ribeiro, 2010). Esta organização do desenvolvimento psicomotor origina-se através da integração metódica dos elementos propriocetivos – a nível vestibular, postural, motor ou táctilo-quinestésico – e dos elementos exterocepetivos – na área espacial e temporal (Fonseca, 1984).

Referindo mais especificamente os fatores psicomotores, no âmbito da Tonicidade, as crianças com dificuldades de aprendizagem podem apresentar um perfil hipertónico, correlacionado a comportamentos hiperativos e impulsivos, ou um perfil hipotónico, relativo a uma baixa atividade motora (Fonseca, 1984; Fonseca e Oliveira, 2009). De acrescentar que é possível observar alterações referentes à extensibilidade do tronco e dos membros associados, com a existência de paratonias, sincinesias, distonias e disquínésias (Fonseca, 1984; Fonseca e Oliveira, 2009).

Relativamente à Equilibração, observam-se dificuldades nos itens da imobilidade, equilíbrio estático e dinâmico, com frequentes reequilibrações repentinas e quedas (Fonseca, 1984).

A Lateralização, é um fator onde as crianças demonstram dúvidas e hesitações na sua organização motora, não identificando o seu corpo como referência relativamente ao envolvimento, em orientações primárias, secundárias ou terciárias (Fonseca, 1984). Deste modo, a criança sente dificuldades na direccionalidade e no planeamento das noções espaciais, como a esquerda/direita, cima/baixo, dentro/fora, frente/atrás, conceitos imprescindíveis às aprendizagens simbólicas.

Na noção do corpo, observam-se dificuldades na própria noção do que é o seu corpo, existindo ambiguidade nos conceitos das partes do corpo, alterações do desenho do corpo e dificuldades no item da imitação de gestos (Fonseca, 1984).

No fator da estruturação espaço-temporal, as crianças expressam problemas de memória a curto prazo, ao nível espacial e rítmico, desorganização no item da representação topográfica, onde o autor salienta a dificuldade de relação entre o espaço agido e o espaço vivido. (Fonseca, 1984). Também se observam dificuldades de orientação e organização do espaço e do tempo (Fonseca e Oliveira, 2009).

Por fim, mas não menos importante, ao nível das praxias global e fina, os autores referem dismetrias significativas na coordenação oculomanual e oculopodal (Fonseca, 1984). As questões relativas à organização tónica influenciam a dissociação dos movimentos, observando-se as modificações na execução, na velocidade e na precisão

dos movimentos globais e finos. De acrescentar, que as crianças em questão manifestam dificuldades em ser proativo e em planear uma determinada atividade (Fonseca, 1984).

De acordo com Costa (2008) existem fatores psicomotores que se destacam como assíduos em crianças com dificuldades de aprendizagem, sendo estes: dificuldades relativas à orientação espacial, da imagem corporal e da estruturação espaço-temporal.

Outras manifestações psicomotoras observadas em crianças com DA são: incorreta noção do esquema corporal; desorganização da lateralidade; escassez de referências ao nível da estruturação do espaço e do tempo; modificação da ritmicidade; imaturidade na coordenação motora, em específico a grafomotricidade e a coordenação visuomotora; questões relativas ao equilíbrio dinâmico e estático, e ao controlo postural; uma baixa autoestima; e perturbações emocionais (Costa, 2008).

A Psicomotricidade poderá ser considerada com uma educação imprescindível ao desenvolvimento da criança, nas suas aprendizagens pré-escolares e escolares, visto ser responsável por proporcionar à criança a consciência do próprio corpo, a aquisição da lateralidade, a situar o seu corpo no espaço e no tempo e a coordenar os seus movimentos globais e finos (Fonseca, 1976; Gromowski e Silva, 2014).

A intervenção psicomotora é imprescindível, visto ser a partir do desenvolvimento psicomotor que a criança adquire capacidades cerebrais, proporcionando assim as aprendizagens (Fonseca, 1999). O mesmo autor refere que para a criança ter um bom desenvolvimento motor e social é necessário que a mesma tenha uma autoestima, segurança e autonomia adequada.

A intervenção em questão, com o apoio de atividades lúdicas, proporciona às crianças não só vivências corporais e o desenvolvimento de fatores psíquicos (Macedo, 2009), mas também favorece aspetos sociais, estimula a criatividade, a persistência e o ganho de técnicas e habilidades (Silva e Cavalari, 2010).

Um desenvolvimento psicomotor inseguro e/ou imaturidade em certos fatores psicomotores envolve por si só uma incorreta aprendizagem da linguagem corporal, reproduzindo-se nas competências de atenção, processamento e planificação, de ações e pensamentos, necessárias à aprendizagem (Fonseca e Oliveira, 2009). Como tal, sempre que a criança não tem a possibilidade de integrar ao nível psíquico as vivências motoras e espaciais, a probabilidade das DA se manifestarem aumenta (Fonseca e Oliveira, 2009).

I. 6 Psicomotricidade e Atividade Motora Adaptada

Rodrigues (2006) refere que a atividade motora adaptada (AMA) consiste numa área de grande importância para pessoas com dificuldades, com o intuito de adaptar as atividades motoras às pessoas em questão, modificando-as ao nível da sua complexidade e acessibilidade.

É importante referir que a AMA não inclui apenas as pessoas com deficiência, uma vez que o seu principal propósito não consiste em classificar, mas sim analisar o nível de funcionalidade e as dificuldades sentidas relativamente às pessoas em questão (Rodrigues, 2006). Segundo Hernández (2003) a AMA pode desenvolver-se a vários níveis: educativo, recreativo, competitivo, terapêutico e preventivo. O mesmo autor refere que a AMA é uma área eficiente e benéfica, principalmente para pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, uma vez que possibilita a dissociação de tarefas, tornando-as mais acessíveis às mesmas (Hernández, 2003). Além disso, este tipo de atividades supervisiona, auxilia e respeita as características físicas e as dificuldades de cada um individualmente (Hernández, 2003). Os autores Carmeli e Imam (2014) acrescentam ainda que a AMA pretende também que estes tipos de atividades sejam agradáveis, que possibilitem a interação social e que o indivíduo tenha a oportunidade de escolher o que pretende fazer.

Segundo Hernández (2013) existem recursos que são indispensáveis trabalhar com este tipo de população, como por exemplo, a diminuição do tempo de inatividade; a promoção da noção do corpo, a estruturação do seu “eu” no espaço e no tempo e dos restantes fatores psicomotores; a estimulação das capacidades motoras e cognitivas; o desenvolvimento da exteriorização dos movimentos, com o intuito de potencializar os grupos musculares, que por conseguinte permitirá uma maior funcionalidade e qualidade de vida às pessoas com dificuldades. De realçar que para além das melhorias ao nível físico e relativas à saúde de cada indivíduo – uma melhor postura, equilíbrio, coordenação dos movimentos (Instituto Português do Desporto e Juventude [IPDJ], 2012), desenvolvimento positivo da consciência do corpo e do autoconceito (IPDJ, 2012), diminuição da hipertensão (World Health Organization [WHO], 2017) – é possível verificar também progressos na autoestima (Vogt, Schneider, Abeln, Anneken e Strüder, 2012) e no bem-estar dos indivíduos (IPDJ, 2012).

I Parte: Prática Profissional

Após a exposição das questões teóricas, segue-se a apresentação de todo o trabalho de cariz mais prático desenvolvido ao longo do ano letivo. Como tal, esta segunda parte do relatório aborda os elementos necessários para a concretização desse trabalho, como a semana-tipo e a caracterização da população acompanhada ao longo do estágio. Seguidamente são apresentados os estudos de caso, referindo mais detalhadamente as patologias, caminhos escolares e terapêuticos, os Instrumentos de avaliação utilizados, os resultados da intervenção, as limitações e as facilidades sentidas ao longo deste percurso e por fim, atividades complementares ao estágio, onde foi possível participar.

I.1 Organização do Estágio

Desde o início do Estágio foi estabelecido um horário dividido pelas várias valências da Instituição – ELI, CRI e CAO. Neste capítulo será apresentado a semana-tipo (tabela 7), com os devidos casos acompanhados e o tipo de apoio dado – individual ou de grupo; fora ou na própria instituição.

Tabela 7 – Semana-Tipo da estagiária da APERCIM.

	Horas	Casos	Tipologia	Local
Segunda	09h30 -10h15	M.S. Estudo de Caso 1 ELI	Inicialmente foi observado o apoio em grupo, no contexto educativo; Durante a Intervenção psicomotora existiu o apoio Individual, em sala.	Jardim de Infância (JI) da Barreiralva
	11h00-12h00	T.J. ou H.J.* ELI	Apoio Individual, em sala.	Jl da Escola Básica Dr. Sanches de Brito Jl Beatriz Costa
Terça	09h15-10h00	T.F. CRI	Apoio Individual, em sala.	Escola Básica Mafra
	10h00-11h00	G.R. e H.J. ELI	Apoio em grupo**.	Ginásio da Creche da APERCIM
		B.A., D.S. (CRI	Apoio em grupo, em sala.	Escola Básica de Mafra
	11h15-12h00	S.M., R.F. CR)	Apoio em grupo, em sala.	
	12h00-12h35	A.S. CRI	Apoio Individual, em sala.	
Quarta	10h00-10h45	L.G. Estudo de Caso 2 CRI	Apoio Individual, em piscina.	Piscinas da Encarnação
	11h00-11h45	C.F., R.S., C.S. CR	Apoio em grupo, em piscina.	
Quinta	9h15-10h00	E.R., I.G. Estudo de Caso 3 e 4 CRI	Apoio em grupo, em contexto de ginásio.	Escola EB1 JI da Ericeira
	11h00-11h45	C.R., M.D., M.S., B.C. CRI	Apoio em grupo, em piscina	Piscinas da Ericeira
Sexta	09h30-10h30	P.A.; A.A.; P.I.; A.C; A.G.; D.B. CAO	Apoio em grupo, em contexto de ginásio	Instituição APERCIM
	11h00 -12h00	A.P.; H.C.; M.P.; D.A.; V.P. CAO	Apoio em grupo, em contexto de ginásio***	Instituição APERCIM

Notas: * Inicialmente foi acompanhado o T.J., para o final do estágio inseriu-se no horário o H.J.; ** devido a obras na instituição, o local do apoio deixou de existir e este apoio foi alterado para um diferente dia da semana, nos últimos meses de intervenção; *** ao longo do estágio, os próprios utentes falavam com a técnica responsável para participar neste apoio, o que fez com que aumentasse o número de participantes.

No caso da ELI, com a entrada de novos casos, o horário sofreu algumas modificações, que estão igualmente especificadas na tabela 7.

Na tabela seguinte (tabela 8) está apresentada a calendarização das várias fases que ocorreram no período do estágio, desde à observação das sessões, para o conhecimento das dinâmicas da instituição e da integração nas mesmas, à sua participação autónoma com a devida supervisão.

Tabela 8 – Cronograma do Período de Estágio.

	Ano 2017			Ano 2018					
Mês	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Observação									
Intervenção									
Avaliações Iniciais									
Avaliações Finais									

A calendarização da intervenção psicomotora com os estudos de caso que serão apresentados mais à frente, está discriminada na tabela seguinte (tabela 9), apresentando as datas das avaliações inicial e final, sessões previstas e sessões não realizadas devido a interrupções letivas e/ou motivos pessoais.

Tabela 9 – Calendarização das sessões relativas aos estudos de caso acompanhados em 2017/2018.

Estudos de Caso	Avaliação Inicial	Sessões Previstas	Sessões Não realizadas	Avaliação Final
Martim	5 janeiro – Growing Skills	5, 19, 26 fevereiro 5, 12, 19 março	22 janeiro – Motivo de doença; 23 e 30 abril – Motivo de doença e consulta de desenvolvimento;	28 maio – Growing Skills
	15 e 29 janeiro – Bateria Psicomotora (BPM)	9, 16, 23, 30 abril 7, 14, 21, 28 maio 4, 11, 18 junho	18 de junho – troca com o dia 21 de junho; 4 junho – Consulta de Oftalmologia;	28 maio e 11 junho – BPM*
Lara	17 e 31 de janeiro – BPM	24 janeiro – Sessão na piscina alternada com a avaliação; 7, 21, 28 fevereiro 7, 14, 21 março 11, 18, 25 abril 2, 9, 16, 23, 30 maio 6, 13, 20 junho	14 fevereiro – Férias de Carnaval; 21 fevereiro – Motivo de doença; 28 fevereiro – Sessão no Ginásio; 21 março – Reunião Técnicos /docentes; 2, 23 maio – Motivo de Doença; 30 maio – Projeto “Sai p’ra Rua”	16 maio e 16 junho – BPM:
			18 janeiro – Motivo doença; 8 fevereiro – Motivo doença; 15 março – Teste de Avaliação; 17 maio – Projeto “Sai p’ra Rua”; 7 e 14 junho – Atividades Escola e doença;	
Eduardo	25 janeiro – Grupo 1 fevereiro – Individual (PBM)	8, 15, 22 fevereiro 1, 8, 15, 22 março 12, 19, 26 abril 3, 17, 24 maio 7, 14, 21 junho		24 maio – Grupo 21 junho – Individual (BPM)
Iara	18 janeiro – Individual 25 janeiro - Grupo (BPM)		1 fevereiro – Motivo doença; 15 março – Motivo de doença; 17 maio – Projeto “Sai p’ra Rua”;	24 maio – Grupo 7 junho – Individual (BPM)
Observações	Férias da Páscoa – 26 de março a 6 de abril; Feriado da Espiga (Local) – 10 maio; Fim de Ano letivo – 22 de junho; *No dia 28 maio o Martim teve duas sessões durante a parte da manhã.			

I.2 Intervenção no CAO

A intervenção no CAO, ocorreu através da AMA, tendo os seus objetivos, estratégias e recursos como base para promover uma melhor funcionalidade e qualidade de vida aos indivíduos (Hernández, 2003). Apesar de não ser o objetivo fulcral, o facto de os desportos apresentados estarem ambos agregados à competição, possibilitou também ter algumas saídas da instituição para competições entre instituições e/ou patrocinados pela Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência.

I.2.1 Boccia

Segundo a Paralisia Cerebral – Associação Nacional de Desporto (PCAND), em 2018, o Boccia tem uma dimensão universal e é oriundo de um jogo da Antiga Grécia, que posteriormente desenvolveu-se no Império Romano, dando origem a jogos que conhecemos nos tempos atuais, como o Bowling e a Petanca. Foi adotado por Portugal em 1983, através de um curso organizado pela Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral e é uma modalidade que pode ocorrer tanto a nível recreativo e de lazer como também com intuito competitivo, sendo uma modalidade reconhecido na categoria Paralímpica (PCAND, 2018).

É um jogo para indivíduos com paralisia cerebral e/ou outro tipo de perturbações neurológicas com formação no sistema nervoso central e/ou perturbações neuromusculares severas sem precedente cerebral, mas que afete os quatro membros (Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência [FPDD], 2017a). De acrescentar que é uma modalidade que exige precisão, habilidade, agilidade e inteligência, com utilização de técnicas e táticas pertinentes a cada circunstância (FPDD, 2017a; PCAND, 2018). De acordo com estas organizações, é uma modalidade praticada num espaço interior, constituído por bolas de couro, seis azuis e seis vermelhas e uma bola branca. O intuito deste jogo é colocar as bolas de cor o mais perto possível da bola branca – bola alvo. É admitido a utilização de mãos, pés ou de recursos de auxílio, como a calha, para os indivíduos com mais dificuldades nos membros superiores e inferiores (FPDD, 2017a). Esta modalidade pode ser competida de forma individual, pares ou em equipa.

Relativamente ao campo, este tem 12.5 metros de comprimento e 6 metros de largura (FDPP, 2017a). Segundo a mesma federação, antes da partida o árbitro sorteia a cor das bolas que cada equipa irá utilizar para disputar o jogo. Isto é, quem ganhar esse sorteio pode escolher entre as bolas vermelhas e azuis, e por sua vez, quem escolher a cor vermelha inicia o jogo. Neste sentido, o primeiro indivíduo da equipa vermelha deve

lançar inicialmente a bola branca e depois uma bola vermelha; seguidamente, é a vez da equipa azul, lançando uma bola; posteriormente joga sempre a equipa que tiver a perder, i.e., a equipa que tiver as bolas mais afastadas da branca (FPDD, 2017a). Após ser dado o término do jogo pelo árbitro, observa-se qual a bola mais perto da bola alvo e contabiliza-se o número de bolas da mesma cor, que se aproximam mais da branca. Vence a partida a equipa que acumular mais pontos, ao fim de seis jogadas (FPDD, 2017a).

Segundo FPDD (2017a) os jogadores deste tipo de modalidade podem ser classificados em quatro categorias, mediante os seguintes parâmetros:

- BC1 – Os jogadores podem competir com o apoio de assistentes, sendo que os últimos devem manter-se fora da área de jogo do atleta. Nesta categoria o objetivo do assistente é adequar a cadeira de rodas e dar as bolas, quando solicitado pelo jogador;
- BC2 – Nesta categoria, os jogadores não podem receber qualquer tipo de assistência;
- BC3 – Os jogadores que jogam nesta categoria têm as características que restringem mais a nível funcional, visto que não conseguem lançar as bolas. Como tal, o jogador tem o apoio de calhas ou capacetes com ponteiros, com o devido assistente que deve estar sempre virado de costas para o jogo. Caso esta regra seja infringida, o jogador poderá sofrer as suas penalizações.
- BC4 – Nesta categoria, os jogadores têm outras perturbações que limitam a locomoção, mas são autónomos no que se refere à funcionalidade exigida pelo Boccia. Não podem receber apoio.

I.2.2 Polybat

Segundo a FPDD (2017b) o Polybat, também denominado como ténis de mesa lateral, surgiu na Inglaterra no ano 1980, criado por Professores do Instituto Politécnico de Trent. Esta prática realizou-se com o intuito de criar outra opção para os estudantes com Necessidades Educativas Especiais, que não possuíam o perfil para jogar Boccia, nem ténis de mesa convencional (FPDD, 2017b).

O perfil característico de um jogador de Polybat abrange indivíduos com distrofia muscular, paralisia cerebral, lesões vertebro medulares, traumatismo craniano e deficiência intelectual (FPDD, 2017b). Segundo a federação, os alunos e/ou indivíduos com Necessidades Educativas Especiais ou com algum tipo de patologia que participam nesta modalidade, são divididos em quatro categorias diferentes, mediante determinados critérios (FPDD, 2017b):

- Divisão 1 – Indivíduos utilizadores de cadeira de rodas, com a amplitude de movimentos muito reduzidos. Este tipo de pessoas apresenta dificuldades em readquirir a posição vertical após o batimento da bola, em proteger toda a largura da mesa e em antecipar a orientação da raquete na mesa, de forma a incidir sobre a bola e rebater para o adversário;
- Divisão 2 – Indivíduos utilizadores de cadeira de rodas, ou qualquer outro apoio de locomoção (andarrilhos ou canadianas). Neste caso, os jogadores têm a amplitude necessária a movimentos

- suficientes para proteger toda a largura da mesa. Também apresentam a capacidade de antecipar a devida orientação da raquete sobre a mesa, para conseguir rebater a bola para o adversário;
- Divisão 3 – Indivíduos com pequenas limitações no controlo dos movimentos, sem prejuízo para a realização dos movimentos. Como tal, existe a possibilidade destes jogadores realizarem a partida em pé. O equilíbrio é afetado nomeadamente pelas limitações dos membros inferiores, podendo usar a mesa como apoio ou jogar sentados. Além disso, são indivíduos que têm a capacidade de executar gestos rápidos de forma a rebater a bola para o adversário;
 - Divisão 4 – São jogadores volantes, i.e. que existe a capacidade de se deslocarem sem qualquer questão prejudicial ao jogo. Poderão ter apenas ligeiras dificuldades no equilíbrio e como tal, têm a possibilidade de utilizar a mesa como apoio. Nesta categoria incluem-se principalmente crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais e/ou Deficiência Intelectual e Desenvolvidamental.

Esta modalidade pode ser disputada individualmente ou a pares e é jogada numa mesa de 1.2 metros por 2.4 metros, igual à do ténis de mesa, mas com barreiras laterais de 10 centímetros, de forma a proteger para que a bola não sai pelos lados (FPDD, 2017b). De acrescentar que na categoria do jogo individual cada jogador executa dois serviços, pelo contrário, a pares, cada jogador faz um serviço, iniciando-se sempre pelo jogador à direita da mesa.

Cada jogador utiliza uma raquete, com um formato retangular – de comprimento máximo de 30 cm – para rematar a bola, ao longo da superfície da mesa, para o adversário (FPDD, 2017b). As bolas utilizadas são semelhantes às de iniciação do golfe, pois ressaltam nesta mesa com menor facilidade.

O objetivo é rebater a bola, de modo a lançá-la para fora, do lado do adversário ou então, forçar falta e ganhar o ponto (FPDD, 2017b). O jogo é disputado até aos 11 pontos (jogo curto) ou 21 pontos (jogo longo). Se o jogo estiver empatado aos 10 ou 20 pontos, não é necessário existir uma vantagem de dois pontos para conseguir a vitória. Cada jogador executa 2 serviços de cada vez, trocando sucessivamente ao longo do jogo. Na marcação do serviço, a bola deve tocar sempre na barra lateral.

No seguimento desta ideia, o jogo inicia-se e/ou reinicia-se sempre com um serviço, sendo obrigatória que a bola toque, pelo menos uma vez, numa das laterais (FPDD, 2017b). De acrescentar, que a bola deve ser batida sempre atrás da linha de serviço, que se encontra a 36 cm do fundo da linha e uma largura aproximada a 2,5 cm. Para que seja cotado como ponto, a bola deve ser devolvida ao adversário, tocando numa das laterais antes de sair pela linha final. Caso isto não aconteça, o ponto é denominado direto e é perdido para o adversário. A bola deve manter sempre o contacto com a mesa, não ultrapassando a altura das barras laterais, caso isto aconteça o indivíduo terá como consequência a perda do ponto (FPDD, 2017b).

Relativamente aos toques na bola, durante uma jogada, os jogadores só podem dar, no máximo, três toques, antes de devolverem a bola ao adversário, não sendo permitido a paragem total da bola (FPDD, 2017b). A bola só pode ser defendida com a raquete, não sendo permitido o toque da bola com outra parte do corpo. Caso a bola toque na mão que segura a raquete, cabe ao árbitro decidir se foi ou não intencional e se deve ou não definir como falta.

Todos os indivíduos apresentados, têm o apoio da IP ou do CRI, da APERCIM. De forma a perceber os resultados das suas avaliações e, por sua vez, dos programas terapêuticos propostos, é apresentado uma breve descrição sobre a criança, o seu ambiente familiar, a sua patologia e o seu percurso clínico e escolar.

I.3 Avaliação

Segundo Contandriopoulos (2006), a avaliação baseia-se na atribuição de um juízo de valor, com base em hipóteses e princípios, para uma dada ação, com o intuito de seguidamente, existir a recolha de informações relevantes para o estudo em caso.

Na área da Psicomotricidade, Pitteri (2004) afirma que, o papel da avaliação psicomotora abrange uma observação apreciativa dos comportamentos psicomotores, através das suas funcionalidades e das capacidades empáticas do indivíduo perante relações com os outros. Na mesma perspetiva, a avaliação psicomotora considera o corpo na sua globalidade, proporcionando a realização de um diagnóstico psicomotor (Pitteri, 2004). O corpo é interpretado não só em condições anatómicas e funcionais, mas também como um corpo que se relaciona com o envolvimento, que desenvolve relações com os outros, e que por sua vez, propicia a evolução do pensamento (Boscaini, 2004).

Em suma, a avaliação psicomotora deve considerar as experiências vividas e as características psicoafetivas da pessoa em questão, analisando lateralmente todos os elementos associados ao comportamento do mesmo (Pitteri, 2004).

A Checklist utilizada foi adaptada com base na Bateria Psicomotora, de acordo com as características de cada indivíduo e com os planos de intervenção anteriormente realizados. Além disso, é também apresentada a descrição da Growing Skills, checklist utilizada para o estudo de caso pertencente à Valência da IP.

I.3.1 Bateria Psicomotora

A Bateria Psicomotora tem como objetivo identificar e despistar questões relativas às dificuldades de aprendizagem e psicomotoras, observando o comportamento da criança

de um modo estruturado e não estruturado (Fonseca, 2010). É constituída por sete fatores psicomotores – tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina –, subdivididos em 26 subfatores (Fonseca, 2010). É um instrumento que pode ser aplicado a crianças dos quatro aos 10 anos, realçando que o autor sugere algumas mudanças nos diversos itens. As atividades devem ser de foro mais lúdico e com apoio na demonstração para as idades primárias, mantendo a motivação e a atenção na respetiva atividade, pelo contrário, nas idades de 1.º ciclo, as atividades devem ser mais sistemáticas e com utilização verbal para descodificação por parte da criança (Fonseca, 2010). Segundo o autor da bateria psicomotora (Fonseca, 2010), relativamente à cotação, em todos os itens realiza-se numericamente com uma avaliação de um a quatro:

- Cotação 1 ponto (Apraxia) – é cotado com este valor quando a criança não realiza a atividade ou a realiza de forma imperfeita, incompleta, descoordenada ou inapropriada. Este valor evidencia um item fraco ou muito fraco, apresentando disfunções nítidas, sugerindo assim dificuldades de aprendizagem;
- Cotação 2 pontos (Dispraxia) – é cotado com este valor quando a criança realiza a atividade, mas apresenta muitas dificuldades no controlo do movimento e sinais desviantes. Este valor evidencia um item fraco ou insuficiente, apresentando disfunções ligeiras, sugerindo assim dificuldades de aprendizagem;
- Cotação 3 pontos (Eupraxia) – é cotado com este valor quando a criança realiza a atividade completa, de forma adequada e com o controlo do movimento pertinente. Este valor evidencia um item bom ou suficiente, apresentando disfunções indistinguíveis, não sugerindo dificuldades de aprendizagem;
- Cotação 4 pontos (Hiperpraxia) – é cotado com este valor quando a criança realiza a atividade de forma perfeita, exata, concisa, demonstrando facilidade no controlo motor. Este valor evidencia um item excelente, não sugerindo dificuldades de aprendizagem.

Após a aplicação de todos os itens, sucede-se à execução da cotação média dos vários fatores psicomotores (Fonseca, 2010). Desta forma, é obtida uma cotação global de cada fator. Seguidamente soma-se todas as cotações médias, encontrando o respetivo perfil psicomotor da criança – cotação máxima é de 28 pontos e a mínima de 14 pontos (tabela 10).

Tabela 10 – Pontuação da BPM (Adaptado da Bateria Psicomotora, Fonseca, 2010, p.116).

Pontos obtidos na BPM	Perfil Psicomotor	Dificuldades de Aprendizagem
27 a 28 pontos	Superior	Não se aplica
22 a 26 pontos	Bom	Não se aplica
14 a 21 pontos	Normal	Não se aplica
9 a 13 pontos	Dispráxico	Ligeiras (Específicas)
7 a 8 pontos	Deficitário	Significativas (Moderadas ou Severas)

Assim, com base no que refere o autor Fonseca (2010), os perfis psicomotores podem ser definidos como:

- Perfil Psicomotor Superior ou Bom (Hiperprático) – as crianças que obtêm este perfil não manifestam dificuldades de aprendizagem específicas, isto é, evidenciam uma organização psiconeurológica normal. Ao nível da avaliação, não apresentam nenhum fator com cotação inferior a 3.
- Perfil Psicomotor Normal (Euprático) – as crianças que obtêm este perfil não manifestam dificuldades de aprendizagem específicas ou sinais de disfunção, mas estas questões não são completamente excluídas. Além disso, a realização dos diversos subfatores é feita de forma completa, controlada e apropriada no geral, podendo existir sinais de imaturidade em alguns fatores psicomotores;
- Perfil Psicomotor Disprático – as crianças que obtêm este perfil apresentam dificuldades de aprendizagem ligeiras, revelando a existência de sinais desviantes. Estes têm o devido valor, quando comparadas com a idade e a intensidade do sintoma apresentado pela criança. Neste tipo de perfil, a imaturidade manifestada não se foca apenas num fator psicomotor, revelando-se dificuldades nos vários fatores e subfatores. No geral, as dificuldades apresentadas são: problemas relacionados com o equilíbrio, consequência de questões vestibulares, que traduzem porventura os sinais de desatenção e impulsividade; problemas ao nível da lateralização; dificuldades de integração sensorial, que traduzem os problemas na captação, organização ou expressão da informação pertinente; dificuldades práticas, no controlo do movimento global e/ou fino, entre outros. Relativamente à área psiconeurológica, o autor refere existir disfunções tácteis, vestibulares e proprioceptivas que se repercutem na capacidade de programar ações, e por sua vez, na aprendizagem;
- Perfil Psicomotor Deficitário – as crianças que obtêm este perfil apresentam dificuldades de aprendizagem severas ou moderadas. O autor refere existir sinais de disfunção evidentes, que traduzem ao nível psiconeurológico uma aprendizagem lenta ou muito lenta. A criança com este perfil manifesta grandes dificuldades nos diversos subfatores, apresentando uma cotação entre 1 e 2 nos vários fatores psicomotores.

A checklist da Bateria Psicomotora está presente em Anexo (Anexo A). Apesar deste instrumento ser o pilar das intervenções psicomotoras, para ter uma visão mais global ao nível do desenvolvimento da criança, em IP, foi utilizada também a Escala *Schedule of Growing Skills II*, e como tal, de seguida está apresentada de forma detalhada.

I.3.2 Schedule of Growing Skills II

Segundo Fritz et al. (1999) o instrumento *Schedule of Growing Skills II* (SGS-II) é uma escala de avaliação com referência ao padrão, possibilitando a obtenção de informação, no que concerne ao nível de desenvolvimento de uma criança entre os 0 e 60 meses. Este instrumento facilita a identificação das áreas fracas e fortes da criança, contudo apenas poderá sinalizar e direcionar a criança para uma dada patologia do desenvolvimento, não sendo possível utilizar a SGS-II como um diagnóstico preciso (Fritz et al., 1999). Segundo os mesmos autores, este instrumento é constituído por 179 itens, organizados em 9

categorias de desenvolvimento, sendo estas: as capacidades posturais passivas, as capacidades posturais ativas, as capacidades locomotoras, as capacidades manipulativas, as capacidades visuais, as capacidades de audição e fala, as capacidades de fala e linguagem, as capacidades de interação social, as capacidades sociais de autonomia e por fim, a cognição (Fritz et al., 1999).

Cada uma destas categorias, engloba outros grupos de competências, que por sua vez, possibilita a avaliação de um determinado domínio de desenvolvimento integrante da mesma. Segue-se o exemplo da Categoria “Capacidades Visuais”, que têm como grupos integrantes – Função visual e Compreensão visual – e subdividem-se em diversas atividades, que aumentam o nível de complexidade quanto maior a pontuação dada a esse grupo (Fritz et al., 1999).

De acordo com os autores anteriormente mencionados, na parte prática, só são aplicados alguns itens à criança, pois na SGS-II a idade da mesma influencia o início da avaliação, i.e., existem capacidades que devem ser dadas como adquiridas perante uma idade já avançada, não sendo necessário aplicar os itens iniciais. Como tal, a aplicação de cada uma das categorias deve ser iniciada nos três itens precedentes ao esperado para a idade correspondente à criança (Fritz et al., 1999). Se mesmo assim a criança não conseguir realizar os três itens anteriores, deve retroceder-se de forma progressiva até que a criança consiga executar a atividade solicitada. O mesmo ocorre se a criança realizar as tarefas posteriores ao esperado para a idade (Fritz et al., 1999).

Ao nível das cotações, para cada grupo de competências é cotada a maior pontuação obtida, i.e., a pontuação da atividade mais complexa realizada pela criança. Posteriormente, somam-se as cotações de todos os grupos, obtendo-se a pontuação de cada categoria do instrumento (Fritz et al., 1999). Este é o método para todas as categorias, à exceção da “Cognição”. Esta tem atividades dispostas em outras categorias – capacidades manipulativas, capacidades visuais e capacidades de interação social – procedendo-se à soma de um ponto por cada atividade que apresente o elemento cognitivo (Fritz et al., 1999).

De acrescentar que a atividade é cotada, observando se a criança faz ou não faz a atividade solicitada. Caso existam dúvidas relativas à qualidade da execução da atividade, ainda que a mesma tenha sido realizada corretamente, deve ser cotada e diferenciada com o símbolo “Q” (Fritz et al., 1999). A checklist está apresentada no final do relatório, de forma a especificar as atividades solicitadas à criança (Anexo B).

I.4 Outras Atividades

Ao longo do estágio foi possível participar num projeto recente da APERCIM, Projeto “**Sai p’ra Rua – Desporto ao Ar Livre para Todos**”, criado para proporcionar às crianças apoiadas pelo CRI e indivíduos pertencentes ao CAO, atividades diferentes e de desporto ao Ar Livre. Crianças da mesma Escola/Agrupamento dirigem-se à Quinta da APERCIM, situada na Picanceira, na parte da manhã, para realizar atividades distintas do que estão acostumados a fazer – Slide, Orientação, Slackline, Jogos Tradicionais, Tiro ao Arco, Escalada – em grupos de 5/6 indivíduos cada, seguindo-se de um piquenique. Foi importante sentir que realmente todas aquelas atividades motivavam, de certa forma as crianças, por descobrirem que conseguiam fazer algo que nem sequer sabiam existir.

Nos últimos apoios antes das férias de Natal e da Páscoa, foram realizadas atividades com uma tipologia diferente, **Culinária**. Existia uma organização, em formato papel, dos materiais e ingredientes necessários à confeção do alimento, que obrigava as crianças e jovens a cortar e colar os mesmos. Seguidamente participavam na execução das suas próprias bolachas ou doces, que seriam levadas para casa ou para comerem no próprio dia.

O **Dia da Pessoa com Deficiência**, foi levado a sério pela Escola Básica de Mafra, sendo solicitado à APERCIM a criação de algumas atividades para as Turmas pertencentes irem desfrutar. Neste dia foi apresentado o Polybat, como um desporto adaptado do Ténis de Mesa, muito requisitado pelas crianças e jovens. Houve também alguns jovens que pediram aos vários técnicos para voltarem noutra altura com as mesmas atividades, pois tinham gostado bastante.

Torneios de Polybat – Em setúbal e em Lisboa, ambos organizados pela FPDPD, nos quais os jovens e adultos que tinham os apoios semanais de Polybat tiveram a oportunidade de participar. Foi gratificante perceber que coisas mínimas têm tanto impacto na vida destas pessoas. Festejar a vitória e arranjar estratégias para combater a derrota. Estes torneios favoreceram o aumento da autoestima destes indivíduos.

I.5 Estudo de Caso – Martim

O Martim, nome fictício, tem 4 anos, foi diagnosticado com uma surdez bilateral, revelando dificuldades psicomotoras e uma dispraxia associadas. No presente estudo, a criança frequenta um Jardim de Infância, pertencente ao concelho de Mafra.

O Martim nasceu em julho de 2013 e vive com a mãe, com o pai e com as duas irmãs, de 9 e 1 ano de idade. Tem uma boa relação com os avós maternos, que vivem

perto e que apoiam muito a família. No desenvolvimento socioafetivo, o Martim interage de forma positiva com pessoas que lhe são familiares e com os seus pares. Na escola demonstra cooperação com os colegas, respeitador de regras e funções.

I.5.1 Caracterização da Patologia - Surdez

Segundo Nielsen (1999), um indivíduo cujas capacidades de audição não se revelam funcionais ao nível das atividades da vida diária, considera-se que apresenta um problema de audição e, portanto, surdo. É nomeado que manifesta *hipoacusia*, quando existe um défice nas capacidades auditivas, mas ainda assim são funcionais, recorrendo ao apoio ou não dos aparelhos auditivos.

Ao nível da etiologia, as causas da surdez são idiopáticas, mas quando conhecidas as causas estas podem ser devido a fatores genéticos, fatores adquiridos no pré, peri e pós-natal, consequência de anomalias craniofaciais (Espeso, Owens e Williams, 2006), associados à prematuridade, infeções intrauterinas e/ou outras anomalias congénitas (Clark, 2019; Chadha, Chadha e James, 2009). A WHO (2018) acrescenta que as perdas de audição derivam do ruído, da toma de medicação ototóxica e de infeções no aparelho auditivo, existindo uma prevalência nas regiões do Sul da Ásia, Ásia-Pacífico e África Subsariana, com uma prevalência quatro vezes maior em comparação com os países desenvolvidos. Esta questão pode estar relacionada com o facto de existirem mais apoios e mais tecnologias fornecidas precocemente às crianças surdas (WHO, 2018).

Os problemas ao nível da audição podem ser vistos como neurossensoriais, condutivos ou mistos. Os primeiros são resultado de lesões ou deteriorações ao nível das células sensoriais auditivas (células ciliadas pertencentes à cóclea), traduzindo problemas ao nível do funcionamento da cóclea ou o próprio nervo auditivo poderá estar danificado (Nielsen, 1999; NDCS, 2015). A perda de audição condutiva ocorre quando o som não atravessa o ouvido externo e médio, não conseguindo chegar à cóclea e por sua vez, ao nervo auditivo, no ouvido interno (NSCS, 2015). A causa mais comum neste tipo de surdez, é o acumular de fluido no ouvido médio, denominado como “orelha de cola”. Esta questão, mesmo de forma temporária, acarreta dificuldades relativas à aprendizagem e a todos os processos envolvidos (NSCS, 2015). De acrescentar que também pode ser consequência de alterações da pressão, traumatismo ou infeção na caixa do tímpano ou ouvido médio (Nielsen, 1999). Nem sempre um aparelho auditivo consegue resolver o problema, pois a ampliação do som muitas vezes regista a distorção do mesmo, o que demonstra que nestes casos não existe benefício no uso destas tecnologias de apoio (Nielsen, 1999).

Quando as crianças têm o tipo de surdez neurossensorial e condutiva, denomina-se como uma surdez mista (NSCS, 2015). A surdez congênita traduz que a criança já nasceu surda (NSCS, 2015).

Relativamente a algumas características de crianças surdas, a NSCS (2015) realça as seguintes:

- Não responde ou não reage quando se chama pelo nome; observa os rostos e os lábios das pessoas, atentamente;
- Questiona, frequentemente, “o que?”;
- Não consegue seguir instruções simples ou executa-as de forma incorreta;
- Fala demasiado alto ou de forma muito lenta;
- Sinais de desatenção;
- Pouca ou nenhuma contribuição em discussões/conversas em grupo (e.g. na redação de uma história);
- Demonstra estar aborrecido ou frustrado frequentemente;
- Observa-se um isolamento ao nível social ou pouca interação com os seus pares.

As crianças com este tipo de patologia, vão entendendo ao longo da vida, a sua diferença e como esta afeta e limita a sua vida. O facto de existirem dificuldades em expressarem os seus sentimentos e as suas ideias, leva a que as mesmas se isolem, tendo repercussões ao nível da aprendizagem, da autoconfiança e autoestima (NSCS, 2015).

No que se refere à surdez autoimune, esta expressa-se como uma doença isolada do ouvido interno ou como elemento do quadro de uma doença autoimune sistémica (Lobo, García-Berrocal, Ramírez-Camacho, 2014). Esta patologia manifesta-se como hipoacusia neurossensorial, unilateral ou bilateral assimétrica, com um desenvolvimento progressivo que pode durar semanas ou meses (Bovo, Ciorba e Martini, 2008). A surdez bilateral e assimétrica é a mais frequente e muitos destes casos possuem simultaneamente sintomas vestibulares, entre eles, desequilíbrios e vertigens (Bovo et al., 2008). Visto a surdez autoimune ter características progressivas que evoluem de forma acelerada, causando lesões irreversíveis, o autor refere ser necessário um diagnóstico precoce para responder com o devido tratamento (Lobo et al., 2014). Normalmente é utilizada a terapia imunossupressora, sendo o mais comum o uso de corticoides (Lobo et al. 2014).

I.5.2 Percurso Clínico, Escolar e Terapêutico

O Martim foi acompanhado desde que nasceu no Hospital de Santa Maria. Em fevereiro de 2014, anteriormente referido, após realização de exame, sugere Hipoacúsia Sensorioneural bilateral. Passado um mês, a criança realiza um exame da unidade de otorrinolaringologia, que refere otoemissões presentes nos ouvidos direito e esquerdo, e

descreve que os ouvidos direito e esquerdo não experienciam ondas a 90 Db HI. Como tal, aos 13.5 meses de idade, o Martim realiza um Perfil de Desenvolvimento no Hospital de Santa Maria, cujo relatório demonstrou atraso global na área da Motricidade Global, mais especificamente na instabilidade na bacia onde ainda se verificam algumas dificuldades de dissociação desta em relação ao resto do corpo; um atraso na linguagem, condicionado pelo défice auditivo presente; Motricidade Fina e Comportamento Social dentro dos limites padronizados.

Este relatório relata ainda observações que focam os antecedentes de prematuridade de 35 semanas, sépsis precoce a streptococcus grupo B, sem Meningite. Aponta para uma surdez neurossensorial bilateral com utilização contínua de próteses auditivas. Acrescenta ainda o estrabismo, e uma consulta marcada para posterior despiste. Aguarda resultados de exame de genética – Array Comparative Genomic Hybridization (aCGH, avaliação de todos os cromossomas que constituem o DNA) e Estudo Molecular de X-Frágil.

Por sua vez, as recomendações resultantes desta avaliação foram continuar a Psicomotricidade bissemanal cedida pelo Hospital de Torres Vedras, manter o seguimento em consultas nas áreas do Estrabismo, Surdez, Genética, Neonatologia e Neurodesenvolvimento.

Em outubro de 2014 o médico de Neurodesenvolvimento do Hospital de Santa Maria referencia o Martim à ELI de Mafra, com os critérios de elegibilidade:

- Atrasos de Desenvolvimento sem Etiologia conhecida – Motora, Linguagem e Comunicação;
- Atrasos de Desenvolvimento por Condições Específicas – Défice Sensorial (Surdez Neurossensorial Bilateral).

Nesta altura, o Martim ainda estava a ser acompanhado nas sessões de psicomotricidade cedidas pelo Hospital de Torres Vedras, que após adquirir a marcha são suspensas. Além disso, estava também a ser seguido a nível clínico nas consultas de pediatria, neurodesenvolvimento e genética no Hospital de Santa Maria e consultas de Otorrinolaringologia e Estrabismo no Hospital dos Lusíadas.

O Martim e a sua família são acompanhados desde outubro de 2014 pela Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação da ELI, numa frequência semanal, mantendo uma vigilância regular por parte da Terapeuta da Fala. Inicialmente este apoio ocorreu no domicílio dos Avós Maternos, sendo posteriormente inserido no contexto educativo, após entrada do Martim na creche da APERCIM a fevereiro de 2016. O Martim começa a beneficiar de apoio da Terapeuta da Fala, uma vez por semana, depois da sua

integração no contexto educativo. No ano letivo 2016/2017 foi inserido no Jardim de Infância, mantendo-se até à data no mesmo contexto. No ano letivo 2017/2018, o Martim inicia o desporto da natação e em novembro de 2017, o Martim beneficia de apoio específico, uma vez por semana, por um docente de Educação Especial.

I.5.3 Programa de Intervenção Psicomotora

Relativamente aos instrumentos escolhidos para o Martim, inicialmente foi aplicada a Growing Skills visto ser uma checklist utilizada pela própria ELI e por ter uma visão mais global do indivíduo, avaliando a criança em várias áreas do desenvolvimento.

De seguida, a Bateria Psicomotora foi utilizada para permitir uma perspetiva ao nível psicomotor e, portanto, mais específico, definindo por sua vez os objetivos com base nos fatores psicomotores.

Após a avaliação da criança com as duas checklist, foi possível determinar um perfil Global da mesma, nas várias áreas do desenvolvimento, sendo apresentado na tabela 11.

Com base nestes resultados, foi realizado um programa psicomotor com o intuito de orientar as sessões ao longo dos 6 meses de estágio. Este programa foi desenvolvido no contexto educativo, onde o Martim se insere.

Tabela 11 – Perfil do Martim, com base nos resultados das duas checklists na avaliação inicial.

Perfil do Martim	Áreas Fortes	Áreas a melhorar
Tonicidade	✓*	
Equilíbrio		✓
Lateralização	✓*	
Noção do Corpo		✓
Estrutu. Espaço-temporal		✓
Locomoção/Praxia Global		✓
Manipulação	✓ *	
Comunicação		✓
Social/Autonomia/Cognição	✓	
*Apesar de que durante as sessões de observação e mesmo as de avaliações existam itens que demonstram movimentos involuntários que prejudicam a performance na tarefa;		

Como tal, seguidamente serão apresentados na tabela 12, com maior detalhe os objetivos gerais, objetivos específicos, as estratégias e se foram ou não atingidos os mesmos objetivos após a avaliação final.

Tabela 12 – Programa de Intervenção Psicomotora do Martim.

Objetivos	Objetivos Específicos	Como fazer (estratégias)	Objetivo Atingido
Harmonizar o Tónus	Aumentar o controlo postural	Andar sobre diferentes pisos e experimentar diferentes posições do corpo	Parcialmente atingido
	Incentivar a autodescontração e a relaxação do corpo	Através de músicas, da temperatura e massagens	Parcialmente atingido
Desenvolver o Equilíbrio	Promover a diminuição de tremores, quedas e hesitações nas ações motoras	Através da marcha em diferentes pisos (colchão, almofada, areia, calçada, gravilha)	Parcialmente atingido
	Promover o equilíbrio estático	Andar sobre uma linha pé ante pé, em cima do banco sueco, com a ajuda do adulto, caso seja necessário; Através de jogos de estátuas	Não atingido
	Desenvolver o salto unipodal	Com apoio do adulto, numa fase inicial; agarrado a um corrimão, mesa ou móvel; através de pegadas visuais	Não atingido
Promover a Lateralidade	Estimular a utilização de ambas as mãos e pés, de forma coordenada	Utilizar jogos visuais, com cores ou objetos, de estímulo-resposta	Atingido
Harmonizar a Noção do Corpo	Promover movimentos voluntários controlados	Através da execução de gestos da língua gestual	Parcialmente atingido
	Incentivar o conhecimento das diversas partes do corpo, identificando-as no próprio e no outro	Utilizar puzzles do corpo humano e músicas	Parcialmente atingido
Promover a Estruturação espacial e temporal	Promover a memória de curto prazo e a organização espacial dos objetos	Utilizar jogos de posições espaciais; deslocar em cima ou em baixo de um objeto	Parcialmente atingido
	Harmonizar a organização do seu próprio corpo e dos objetos no espaço	ir á frente ou atrás na fila com os colegas	Parcialmente atingido
	Promover a noção de ritmo	Através do toque e da sensação da vibração que a coluna pode transmitir quando está a tocar	Não atingido
Desenvolver a Praxia Global	Desenvolver o controlo motor ao nível da coordenação oculomanual e oculopodal	Jogar futebol, basquetebol ou utilizar o movimento de encestar ou chutar em circuitos	Parcialmente atingido
	Promover a dissociação dos membros superiores e inferiores	Através de atividades com instrumentos musicais	Parcialmente atingido

Este programa terá maior incidência sobre as áreas Psicomotoras, isto porque, o Martim tem o apoio da Terapia da Fala, 2 vezes por semana, o que trabalha a Fala e a Linguagem; o apoio do Professor de Educação Especial que trabalha a parte cognitiva e as competências pré-escolares; e por fim, a Educadora que trabalha as áreas Social e Autonomia.

I.5.4 Apresentação e Discussão dos Resultados

Inicialmente, por ser o instrumento utilizado pela instituição na IP, foi aplicada a *Growing Skills* ao indivíduo, de modo a verificar o seu perfil global, nas diversas áreas do desenvolvimento.

1.5.4.1 *Growing Skills*

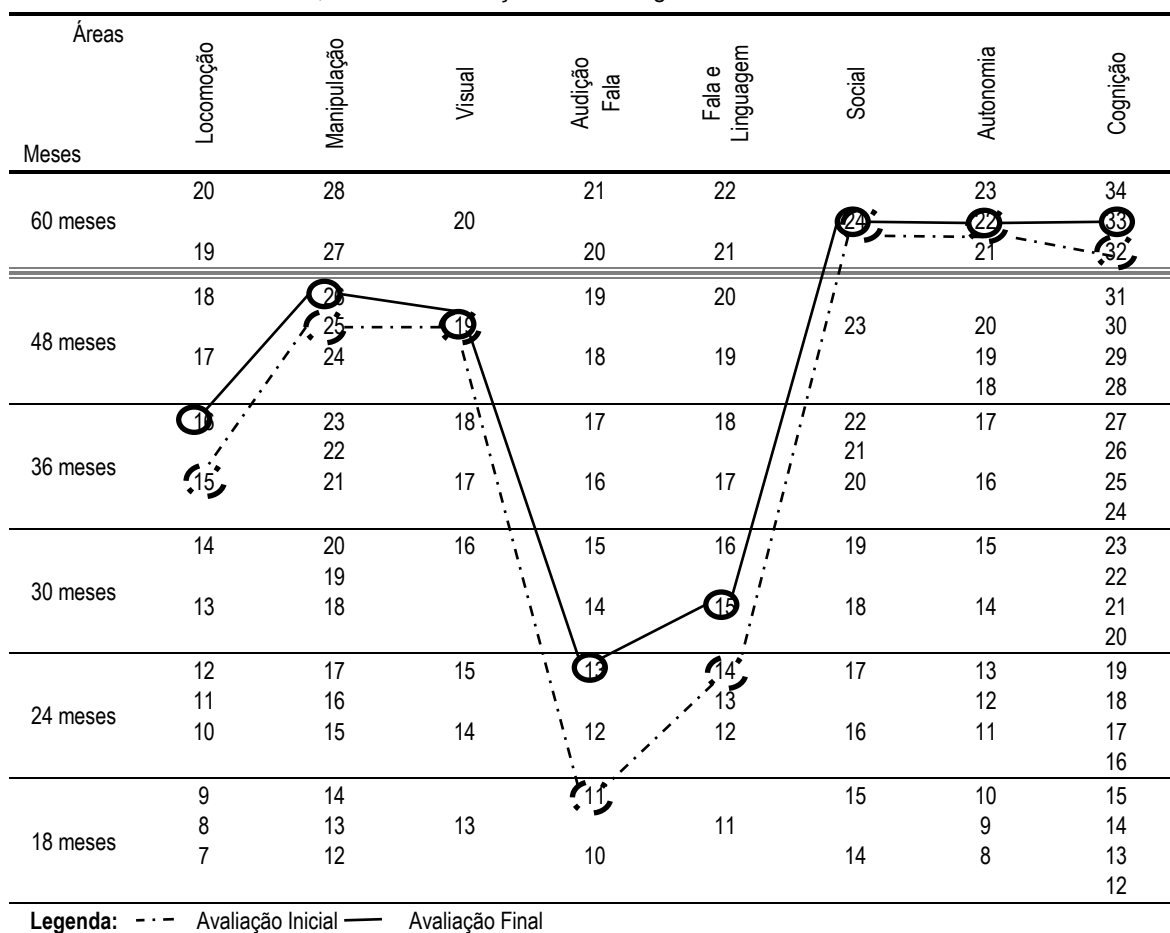
A avaliação inicial foi feita no dia 8 de janeiro de 2018, numa sessão de 40 minutos, pela parte da manhã, numa sala ampla, com quatro mesas e cadeiras em redor. Esta sala fica ao lado da sala principal onde a criança costuma estar durante o dia. A avaliação final foi realizada no dia 28 de maio do ano mesmo ano, na mesma sala. O Martim foi bastante colaborativo e executou todas as tarefas propostas com motivação e interesse, em ambas as avaliações. De acrescentar que na avaliação final, o Martim tinha um penso no olho direito, podendo assim comprometer a realidade dos resultados.

A tabela 13 é apresentada a linha do perfil relativamente à idade e por sua vez, a comparação com as cotações obtidas com a avaliação da *Growing Skills*, em ambas as avaliações:

Segundo a linha obtida por parte das cotações e pontuações finais, é possível apresentar o seguinte perfil:

- A Locomoção apresenta uma cotação inferior ao esperado para a faixa etária, encontrando-se nos 36 meses, em ambas as avaliações, tal como referido pelo autor Vale (2007). Nesta área o Martim demonstra, na avaliação inicial, alguma descoordenação nos movimentos, desequilíbrios em atividades (Gheysen et al., 2007; Bovo et al., 2008) que requerem um apoio unipodal (i.e., subir/descer escadas; pé coxinho). O descontrolo dos movimentos foi constante ao longo da sessão (Vale, 2007; Gheysen et al., 2007). Na avaliação final a criança apresentou um melhor controlo ao nível dos movimentos involuntários e por sua vez, na utilização dos grupos musculares específicos para uma determinada tarefa, evidenciando ainda alguns desequilíbrios no apoio unipodal. Estes resultados também podem ser face à dispraxia já identificada;
- A área da Manipulação e Visual obtiveram cotações dentro do esperado para a faixa etária para ambas as avaliações, ressaltando que durante as mesmas o Martim tinha um penso ocular no olho direito, o que poderia comprometer o seu desempenho nos itens destas áreas. Apesar dos resultados se incluírem no padronizado, as questões manipulativas e os movimentos finos requerem a devida importância por também serem afetados pela patologia (Vale, 2007; Gheysen et al., 2007). De realçar que na avaliação final já foi possível observar um controlo do corpo perante as atividades que requerem a pega fina. Nos itens da área da Manipulação, a criança conseguiu executar as tarefas com a utilização das duas mãos, de forma madura. A cotação da área Visual foi igual em ambas as avaliações;
- A Audição e a Fala e Linguagem são as áreas que apresentam pontuações finais mais baixas, espelhando as consequências da patologia (Nielsen, 1999; NDCS, 2015) e realçando o comprometimento da surdez e da sua comunicação nas restantes áreas (Vale, 2007), observando-se mesmo assim algumas evoluções ao nível da aprendizagem dos gestos e das palavras sonoras;
- As áreas Social, Autonomia e Cognição estão ligeiramente acima do esperado para a faixa etária do Martim. Ao contrário do que é mencionado pela literatura (NDCS, 2015) a criança sempre mostrou interesse nas atividades solicitadas pela técnica, pela educadora e pelo próprio envolvimento com os seus pares, combatendo os resultados padronizados para o seu comprometimento auditivo e linguístico.

Tabela 13 – Perfil do Martim, obtido na avaliação da Growing Skills.



Seguidamente, foi aplicada a Bateria Psicomotora, adaptando as tarefas à idade do indivíduo. Segue a descrição de cada um dos fatores psicomotores de forma mais específica.

1.5.4.2 Bateria Psicomotora

A avaliação da Bateria executou-se com uma checklist de acordo com os objetivos já delineados anteriormente para a respetiva criança.

A aplicação da avaliação inicial concretizou-se em 2 sessões individuais de 40 minutos e a última cerca de 20 minutos, nos dias 15 e 29 de janeiro e 5 de fevereiro de 2018, respetivamente. A avaliação final foi aplicada em duas sessões individuais, de 50 minutos, nos dias 28 de maio e 11 de junho do mesmo ano.

Relativamente à estatura da criança, este é ectomorfo, visto ter uma constituição física caracterizada pela linearidade e magreza corporal, tronco reduzido e membros compridos (Fonseca, 2010).

Ao nível dos Fatores Psicomotores, segue a descrição dos resultados da aplicação da Checklist, e posteriormente, um gráfico com os resultados gerais, de ambas as avaliações.

1.5.4.2.1 Tonicidade

Em geral, o indivíduo realizou todas as atividades deste fator psicomotor de forma correta e controlada, mas com algumas dificuldades (Vale, 2007; Melo et al., 2015).

Relativamente à extensibilidade, tanto nos membros superiores como nos inferiores, existiu a facilidade da extensão dos músculos adutores e extensores da coxa, realçando ângulos entre os 100º e os 140º graus. Ao nível do quadricípite femoral, o indivíduo apresentou alguns sinais de resistência tendo, mesmo assim, um afastamento entre os 15 e os 20 cm. Nos membros superiores houve uma maior dificuldade na realização dos itens, revelando sinais de resistência. A criança não toca com os cotovelos, nem com o polegar na face anterior do antebraço.

No que diz respeito à Paratonia, é possível identificar uma maior facilidade no abandono dos membros inferiores, revelando bloqueios e resistências moderadas nos membros superiores.

A tonicidade foi uma das áreas mais destacadas pela dificuldade da regulação do tônus e do controlo dos grupos musculares invocados para uma determinada atividade motora (Vale, 2007; Melo et al., 2015). A criança apresentou os mesmos resultados em ambas as avaliações, realçando o maior controlo do corpo na realização das atividades e como tal uma evolução nas sincinesias contralaterais. Continuam presentes ao longo da aplicação da checklist, as sincinesias bucais e ligeiros sinais dispráxicos.

1.5.4.2.2 Equilibração

De modo geral, no equilíbrio estático o indivíduo demonstrou mais dificuldades na execução dos itens, em comparação com o equilíbrio dinâmico, em ambas as avaliações.

Na imobilidade, por já existirem diagnosticados sinais dispráxicos na criança, o item realizou-se de olhos abertos. Observaram-se na avaliação inicial, algumas dificuldades em ficar imóvel, revelando insegurança gravitacional (Vale, 2007; Gheysen et al., 2007; Bovo et al., 2008). De acrescentar que a criança pelas suas condições pode não ter compreendido o objetivo da atividade e como tal, revelar os resultados anteriores. Na avaliação final, observaram-se ainda algumas reequilibrações e insegurança gravitacional, ressaltando uma melhoria no controlo do corpo e nos movimentos involuntários, mantendo-se mais tempo imóvel.

Na avaliação inicial, no item do apoio retilíneo e nas pontas dos pés, o indivíduo fica em equilíbrio menos de 10 segundos, demonstrando sinais de insegurança gravitacional (Vale, 2007; Gheysen et al., 2007; Bovo et al., 2008), e diversas reequilibrações para o controlo do corpo na posição correta. No apoio de um pé, a criança apoiou-se no pé direito, revelando grandes dificuldades em equilibrar-se na mesma posição durante o tempo previsto, executando este item em menos de 10 segundos. Foram obtidos os mesmos resultados na avaliação final, sendo que a criança, apesar de se manter menos de 10 segundos nos vários itens, fazia-o com um maior controlo dos membros. Além disso, o pé utilizado para o apoio unipodal foi o esquerdo.

Na avaliação inicial no subfactor do equilíbrio dinâmico, todos os itens foram realizados com algumas dificuldades. Na marcha controlada, o indivíduo apresentou moderadas reequilibrações, quedas e movimentos involuntários (Vale, 2007; Gheysen et al., 2007; Bovo et al., 2008). Ao nível da trave, em todos os percursos o indivíduo demonstrou insegurança gravitacional, mesmo com um apoio da técnica. Para trás, existiu uma queda e o indivíduo realizou várias reequilibrações e hesitações (Vale, 2007; Gheysen et al., 2007).

No que se refere aos saltos de pé-coxinho, a criança não realiza este item em movimento. Nos saltos em pés juntos, para a frente existe o salto e o impulso, apresentando um movimento de agachamento em demasia. Para trás, existe o salto, novamente com um movimento de agachamento em demasia, salto de reduzida distância e alterações da base de sustentação.

Na avaliação final, no item da marcha controlada, observaram-se as mesmas dificuldades no equilíbrio do corpo mediante as posições dos pés. Na trave a criança demonstrou grandes evoluções, executando estes itens com mais segurança gravitacional e autonomia. A criança executa saltos com pé-coxinho, apresentando mais facilidade com o pé esquerdo, ainda com reduzida distância. No que toca aos itens dos pés juntos, existe ainda um ligeiro descontrolo do corpo e uma dificuldade no fecho dos olhos (Vale, 2007; Gheysen et al., 2007).

1.5.4.2.3 Lateralização

Neste fator psicomotor, devido às condições da criança, não é possível determinar um perfil de lateralidade. No dia da avaliação inicial, o indivíduo tinha um penso ocular no olho direito e ao nível da audição uma prótese nos dois ouvidos. A mão e o pé preferencial da criança são o direito, visto os itens terem sido realizados com o lado direito.

Na avaliação final, a criança já não apresentava o penso ocular, o que possibilitou a aplicação da checklist neste item. O olho requisitado para as duas atividades referentes à lateralidade ocular foi o olho direito. No que toca à área auditiva, mais uma vez, não pode ser aplicável devido às suas condições e à utilização de próteses. Tanto a nível manual e podal, o lado direito foi o solicitado para a realização das atividades.

Apesar de tais fatores, ao longo das checklists foi observada uma certa dificuldade e confusão relativa à sua lateralidade, tal como mencionado pelo autor Vale (2007), sendo também uma das áreas psicomotoras afetadas pela surdez.

1.5.4.2.4 Noção de corpo

De modo geral, todos os itens deste fator foram realizados corretamente. O item do Reconhecimento (Direito/Esquerda) não foi feito, visto não existir forma de comunicação para a ocorrer a resposta motora por parte da criança.

Na avaliação inicial, no item do sentido cinestésico, a criança nomeia apenas três das partes do corpo (Vale, 2007) – nariz, mão e sapato –, demonstrando uma evolução, ao referir corretamente seis partes do corpo, na avaliação final – nariz, queixo, olhos, orelha, mão, pé. De salientar que a criança poderá não ter compreendido o objetivo da atividade.

Ao nível da autoimagem, em ambas as avaliações, o indivíduo executou o item de forma controlada e coordenada, tocando sempre na ponta do nariz, referindo ligeiros desvios. Apesar disso existe, por vezes, o esquecimento de realizar a atividade com os dois braços. De acrescentar, que a atividade foi feita sempre de olhos abertos.

Relativamente à imitação de gestos, tanto na avaliação inicial como na final, a criança apenas realizou corretamente a primeira e a terceira imagem, executando as mesmas de forma ampliada e as seguintes de forma descoordenada ou incompleta. Ao nível da Língua Gestual, este item é um dos mais importantes para a criança com Surdez, visto ser a base para a comunicação na sua língua própria (Vale, 2007; Amaral, Coutinho e Martins, 1994). Apesar de mostrar dificuldades na construção espacial dos gestos da Bateria, o Martim é uma criança que já tem retidos diversos gestos da Língua Gestual, sendo estes mesmos aperfeiçoados ao longo da Intervenção Psicomotora.

Na avaliação inicial, o desenho do corpo é muito pouco organizado e pormenorizado, apesar de a criança à medida que executava as partes do corpo, ir nomeando as mesmas – olhos, nariz, cabelo (Vale, 2007). Pelo contrário, na aplicação final, foi possível observar um corpo mais organizado e com maior detalhe – cabelos,

dentes, dedos, entre outros. Também nesta aplicação, a criança ia referindo o que estava a fazer.

1.5.4.2.5 Estruturação espaço-temporal

Neste fator psicomotor, os itens da organização espacial e a estruturação rítmica não se realizaram devido às condições da criança e à compreensão dos mesmos.

Na avaliação inicial, no item da estruturação dinâmica foi feita apenas a associação dos fósforos com os cartões, de forma organizada. O facto de não ter realizado a memorização, pode ter sido por não compreender o objetivo da atividade. Já na avaliação final, foi possível retirar os cartões, executando de forma correta e completa, apenas a memorização da ficha de ensaio.

No item da representação topográfica foi realizado, inicialmente o desenho, de seguida, existiu uma demonstração do que deveria ser feito com o caminho traçado no papel. O indivíduo neste item realizou o caminho esperado, parando em cada local e tentando nomear o objeto. Na avaliação final, este item foi realizado com sucesso da mesma forma, lembrando todos os pontos desenhados e parando em cada um deles para tentar nomeá-los.

Nas atividades realizadas, referentes à estruturação espacial, a criança demonstrou dificuldades inferiores ao padronizado. Apesar de ser uma das áreas a melhorar, não demonstra ser a que necessite de maior atenção a nível psicomotor (Vale, 2007).

1.5.4.2.6 Praxia Global

Na avaliação inicial, ao nível da coordenação oculomanual, o movimento do braço para encestar é feito por baixo. O indivíduo só acerta uma vez no cesto, tocando no balde algumas vezes. O movimento e a orientação utilizados neste item foram as corretas, faltando apenas regular a força necessária. Na coordenação oculopodal existe uma maior dificuldade na orientação da bola para passar entre as pernas da cadeira. O indivíduo consegue acertar uma vez. Assim, o item da dismetria revela sinais dispráxicos, de forma descoordenada e involuntária (Vale, 2007).

Na avaliação final, observa-se um movimento mais controlado, a utilização correta dos grupos musculares estritamente necessários para a atividade motora. Como tal, a criança consegue acertar duas vezes tanto ao nível oculomanual, como oculopodal.

Mais uma vez existe uma maior facilidade de coordenação entre os membros superiores do que os inferiores. A dissociação dos membros superiores ocorreu de forma

controlada e coordenada, imitando corretamente duas das quatro sequências, na avaliação inicial. Apesar de na avaliação final, a criança apenas conseguir fazer uma das sequências, observou-se um maior controlo dos membros superiores e por sua vez, dos movimentos desnecessários com outras partes do corpo. Nas sequências incorretas, o indivíduo anexava ou esquecia-se de toques. Ao nível dos membros inferiores, quando anexados os batimentos com os pés, existe muita descoordenação, por vezes executando movimentos involuntários. Este descontrolo do corpo e a própria desorganização motora pode dever-se relativamente à patologia, sendo a motricidade global um dos fatores mais importantes a ser trabalhado com esta criança (Vale, 2007).

Na agilidade revela-se também a descoordenação que existe entre os membros superiores e inferiores, apesar de o movimento ser feito de forma mais lenta. Mais uma vez, na aplicação final foi possível observar um movimento mais controlado e um melhor planeamento motor.

Por existir um trabalho intensivo ao nível da Praxia Fina com a Educadora no contexto educativo - Jardim de Infância -, e com o Professor de Educação Especial, este fator psicomotor não foi avaliado, nem constará no programa. O gráfico seguinte representa os resultados obtidos a partir da Bateria Psicomotora, nas duas aplicações, salvaguardando as condições da criança:

As baixas cotações ao nível da primeira unidade de Lúria representam as dificuldades sentidas nas restantes unidades. Devido à patologia da criança, as questões sensoriais estão limitadas, demonstrando dificuldades em todos os fatores psicomotores (Fonseca, 2010).

Mediante a cotação de todos os itens, o perfil psicomotor do indivíduo é o dispráxico. Fonseca (2010) refere que o mesmo revela uma criança com dificuldades ao nível do controlo e apresenta sinais desviantes, manifestando-se em todos os fatores psicomotores. Traduz problemas de equilíbrio, vestibulares, de lateralização e de integração sensorial (Fonseca, 2010). De acordo com o mesmo autor, existe uma dificuldade na planificação e na própria expressão motora, que descreve as questões do processo e integração sensorial.

Tal como o gráfico apresentado na figura 3 indica, existiram ligeiras evoluções ao nível de certos fatores psicomotores, e por sua vez, a construção de um perfil psicomotor mais adequado à faixa etária em certos subfatores, que refere, segundo Fonseca (2010), uma realização dos itens mais completa e controlada, podendo ser observada em alguns subfactores alguma imaturidade e ambiguidade no controlo de determinados movimentos necessários à atividade.

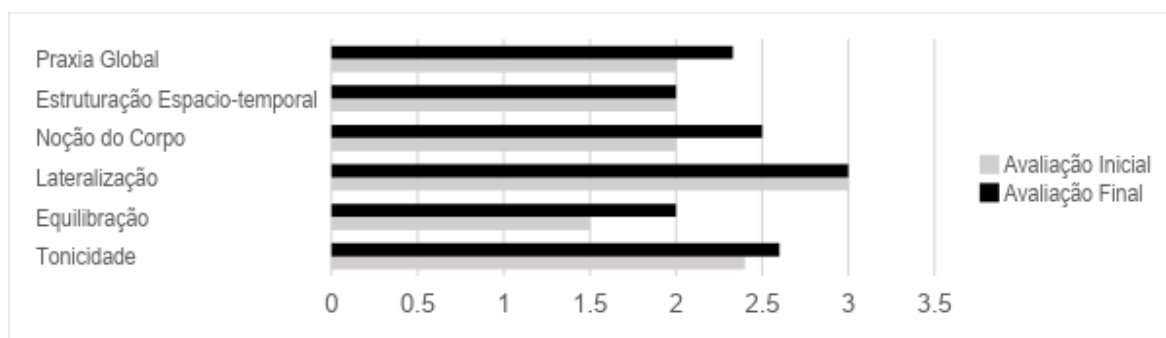


Figura 3 – Resultados obtidos nos fatores psicomotores, na avaliação inicial e final da BPM, do Martim

Tal como referem os autores Vale (2007) e NSCS (2015), devido à patologia o descontrolo motor é constante e imaturo, indicando um desenvolvimento inferior à sua faixa etária. O Martim, foi uma criança que apesar de tais dificuldades, evoluiu muito, não só a nível de resultados e valores, mas também relativamente à relação com o envolvimento e à própria comunicação com os outros, através da sua comunicação-mãe, a Língua Gestual. Em suma, esta criança amadureceu os movimentos globais e finos, ao longo da intervenção psicomotora e simultaneamente com o envolvimento educativo, contrariando as suas próprias dificuldades motoras.

De referir que se observaram estas evoluções nos movimentos mais complexos e por sua vez na própria execução do gesto, possivelmente por os restantes fatores psicomotores estarem também mais controlados (Vale, 2007; Gheysen et al., 2007). Pela hierarquia dos fatores psicomotores, as evoluções ao nível da Tonicidade e do Equilíbrio poderão ser a causa para tais observações relativamente à execução dos movimentos (Vale, 2007; Melo, Lemos, Macky, Raposo e Ferraz, 2015).

Apesar de tais progressos, esta criança continua a necessitar de apoio ao nível psicomotor para colmatar a dispraxia presente, o controlo dos movimentos involuntários e a organização do planeamento motor e de forma a preparar o corpo com os devidos pré-requisitos do Gesto – motricidade manual, controlo do tronco, da cabeça e da expressão facial (Amaral et al., 1994; Vale, 2007). Seria importante existir um docente de Educação Especial formado em Língua Gestual para transmitir maior vocabulário ao Martim, de forma

a continuar o trabalho já iniciado com esta criança. De realçar que o trabalho da educadora com o grupo, por tais comportamentos inclusivos, deverá continuar a promover tarefas onde estão presentes os gestos, e onde todos os que estão em contacto com o Martim têm acesso.

O facto de não se observarem melhorias em todos os fatores psicomotores, pode ser fundamentado pelo pouco tempo que existe ao nível da intervenção. Além disso, o Martim faltava a algumas sessões, por motivo de consulta médica e ficávamos cerca de duas semanas sem terapia. As intervenções com este caso, deveriam de ser de duas vezes por semana, uma individual e a outra em grupo ao encontro do modelo da Intervenção Precoce, de forma a regular esta situação e com o intuito de existirem melhorias mais significativas. De acrescentar que deveria de ser realizado um programa bilingue com base no modelo multicultural – ser inserido numa comunidade de Língua Gestual, com o acesso à língua do ouvinte – com o intuito de desenvolver a sua identidade surda, na comunidade ouvinte (Valente *et al.*, 2005; Vygotsky, 1989). Os apoios em grupo, envolvidos pelo contexto educativo devem continuar a atuar na transmissão dos gestos, para favorecer a comunicação no meio entre o Martim, os pares, a Educadora e as Auxiliares.

I. 6.1 Reflexão Pessoal sobre a intervenção com o Martim

Desde o primeiro dia que pude estar com o Martim, que soube que seria um dos Estudos de Caso que teria curiosidade de trabalhar. Esta criança sempre se demonstrou disponível e com interesse nas atividades desenvolvidas pela Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação da ELI ou mesmo em interagir nas tarefas realizadas pela educadora e auxiliar, com os seus pares. Apesar de ter uma limitação na comunicação, o Martim sempre desenvolveu as suas próprias estratégias para criar relação e empatia, e, portanto, não apresentava o perfil que ditava a literatura (Valente, *et al.*, 2005). Trabalhar com esta criança, foi um misto de emoções, sentir que eu própria inevitavelmente festejava as suas vitórias. Saltávamos, ríamos, refletia sobre toda aquela comunicação não verbal, sobre toda aquela motivação de aprender e de descobrir muito mais, para além do desconhecido. Soube desde cedo que ambos estávamos a criar vivências num mundo completamente novo.

Desde o primeiro dia tive contacto com a Língua Gestual, visto que todos os intervenientes na sua educação e colegas de sala reuniam-se de manhã, numa roda, para relembrar os gestos dos dias da semana, do tempo que fazia na rua, das cores, das frutas, e era certo que se sentia o entusiasmo de todas aquelas crianças de aprender mais, para poderem comunicar com o Martim. Tal como refere Amaral *et al.* (1994) a Língua Mãe

deste tipo de crianças exige o gesto como maior parceiro para a comunicação e a Psicomotricidade é uma área que prepara o corpo para que o gesto seja transmitido como um movimento controlado e adequado, para que a informação seja emitida com sucesso. A intervenção precoce que apoia e acompanha o Martim e a sua família, tem contribuído para um desenvolvimento mais feliz e positivo do mesmo, observando-se progressos nos próprios gestos executados pelo Martim, mais seguros e consistentes (Vale, 2007).

Por vezes, sentia que a adaptação das crianças a este tipo de fragilidade era muito melhor que a minha, exigia-me sempre uma autorreflexão sobre a forma como o gesto era feito, se o movimento era o correto e se mesmo a posição da mão e dos dedos estava a transmitir exatamente aquilo que queria. O próprio Martim ensinou-me diversos gestos que para mim eram desconhecidos, e senti isso como algo positivo na nossa relação, mas também como uma limitação, pois necessitava de saber mais para o fazer evoluir na sua comunicação. Obviamente que na perspetiva de psicomotricista, esta evolução nunca poderia ocorrer se o gesto não fosse utilizado pela educadora ao longo da semana e pela família, nos momentos que tivessem com o Martim. Um dia da semana, em 40 minutos, o que eu iria alterar no desenvolvimento psicomotor desta criança? Tantas vezes ouvi: “Se não incentivarmos as educadoras e as famílias a fazerem alguma coisa, não seremos nós a mudar o mundo, com terapias, em apenas um momento da semana”. A IP é das áreas que apoiam as necessidades das famílias e realizam desde logo um programa com todos os intervenientes na educação e no desenvolvimento da criança, mas é um programa que precisa de ser aplicado por todos e não apenas pelos técnicos que estão com eles uma vez por semana, tendo maior importância as pessoas que estão todos os dias e que têm uma principal influência nos progressos e sucessos da criança.

Outro dos pontos que quero focar, é a visão da patologia pelas várias pessoas que acompanham o Martim. Durante as reuniões com a família, educadora e professor de Educação Especial, que pude estar presente, tive a possibilidade de ouvir e experienciar os sentimentos da mãe, relativamente às suas dificuldades, entre consultas, terapias e frustrações. No seio familiar existiu sempre a esperança de arranjarem uma solução para o problema do Martim – aparelhos auditivos (Valente et al., 2005). Em Consultas de Desenvolvimento, os médicos continuam a executar avaliações sem respeitar as características deste tipo de crianças, realizando perguntas simples, mas que exigem a audição do Martim, sendo que obviamente se obtém resultados que poderão nem constituir a realidade da criança, disfarçando de desculpas uma realidade, e atrasando a família por caminhos que por vezes não são os mais corretos (Valente et al., 2005). Do outro lado, as técnicas, a terapeuta e a educadora com a exteriorização de outras hipóteses que poderão

dar resposta e apoio à patologia do Martim e das necessidades da Família, numa perspetiva mais global, onde considera a surdez e todos os outros fatores sociais, económicos e familiares que o envolvem (Valente et al., 2005). A comunidade surda ainda vive muito escondida e é urgente pararmos para a ouvirmos. Precisamos de evoluir relativamente a certas perspetivas, a certas estratégias e recursos fornecidos a este tipo de população. Precisamos de evoluir relativamente à forma como os médicos tratam este tipo de patologia, aos despistes que são feitos a este tipo de crianças, às hipóteses e aos apoios que são dados às suas famílias.

Ainda relativamente à intervenção com o Martim, senti a necessidade de criar algo interativo e ao mesmo tempo que desenvolvesse as suas capacidades de motricidade fina, cognitivas e a Autonomia. Como tal, fiz um livro sensorial, com o abecedário, os números, o tempo meteorológico e as roupas que deveríamos vestir, as cores, os dias da semana, os locais normalmente frequentados pelo Martim (Escola e Casa), um puzzle e um sapato com atacadores, sendo que todos os conceitos eram acompanhados pela imagem do gesto em língua gestual (ver fotografias do material no Anexo D).

Simplemente tudo aquilo que dei, foi sempre pouco para compensar tudo aquilo que recebi e a bagagem que trouxe comigo.

I.6 Estudo de Caso – Lara

A Lara, nome fictício, tem 9 anos, foi diagnosticada com Síndrome de Dravet, revelando dificuldades cognitivas e psicomotoras. Frequenta, no momento do estudo em questão, o 2.º ano numa Escola Básica de Mafra.

I.6.1 Identificação

A Lara nasceu em julho de 2008, no Hospital Dona Estefânia. Vive no concelho de Mafra, com a mãe, com o irmão de 7 anos e com os avós maternos. A tia materna (irmã da mãe) também é uma pessoa presente nas rotinas da Lara. O pai está emigrado, mantendo contacto com a criança nas férias e através da internet e por telefone.

A mãe tem 33 anos, tem como habilitações o 11.º ano de escolaridade e trabalha como empregada de centro de dia.

Ao nível psicomotor revela implicações na marcha, apresentando uma base alargada, padrões locomotores imaturos e demonstra vulnerabilidade no controlo corporal/equilíbrio. Observam-se também tremores constantes, principalmente nos

membros superiores, que influenciam por sua vez, a monitorização dos movimentos voluntários.

Em termos comportamentais, é uma criança teimosa, com algumas resistências e que lida com as frustrações através da birra.

É uma criança com dificuldade em dirigir o foco da atenção para as atividades solicitadas. Existe na área da comunicação a dificuldade na compreensão e expressão da linguagem, apesar de identificar objetos e imagens relacionadas com a sua rotina diária.

I.6.2 Caracterização da Patologia – Síndrome de Dravet:

Segundo a Associação Síndrome de Dravet – Portugal (2018), o Síndrome de Dravet refere-se a uma encefalopatia progressiva rara, que se define por uma epilepsia grave e sem alteração relativamente ao tratamento.

Esta patologia manifesta-se no indivíduo, normalmente, entre os quatro e os 12 meses de vida, através de convulsões clónicas (a criança nesta convulsão perde apenas a consciência) ou tónico-clónicas (criança perde a consciência e depois existe a contração e relaxamento dos músculos, de forma alternada), generalizadas ou unilaterais, com uma duração prolongada, tanto em situações febris como na ausência de febre (Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

Com o desenvolvimento da criança, a tipicidade das convulsões é frequentemente alterada – convulsões mioclónicas (a criança apresenta tremores rápidos no corpo), ausências atípicas (não se consegue definir o início e o término da convulsão) e parciais complexas (caracteriza uma descarga focal, isto é, apenas numa porção do hemisfério, existindo alteração de consciência durante a convulsão) (Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

As crianças com este tipo de patologia apresentam um desenvolvimento dito normal e apenas a partir do segundo ano de vida se verificam alterações no crescimento da criança, iniciando-se pelo atraso na linguagem (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018). Segundo os mesmos autores, muitos especialistas observam nesta patologia muitos dos sintomas da Perturbação do Espectro do Autismo. As crianças perdem as suas competências sociais e linguísticas já adquiridas e surgem perturbações emocionais e comportamentais simultaneamente. As consequências observadas são: hiperatividade, dificuldades de comunicação, défices de atenção, dificuldades de interação social, desvios comportamentais, dificuldades relativas à mudança ou interrupção de uma atividade, movimentos involuntários e descoordenados,

ataxia, dificuldades na coordenação visuomotora e dificuldades no desenvolvimento da marcha (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018). O défice cognitivo é o mais notório ao longo crescimento da criança (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

Esta patologia é do foro genético, visto cerca de 80% dos indivíduos apresentarem lacunas no gene SCN14, responsável por codificar uma proteína integrante do canal agente do transporte de sódio, por intermédio das membranas celulares. A síndrome de Dravet inclui-se na família patológica das Canalopatias (Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

1.6.2.1 Percurso Clínico, Escolar e Terapêutico

A Lara foi seguida no Hospital Dona Estefânia, devido a crises convulsivas, que se iniciaram aos 6 meses, sem serem desencadeadas por febre pouco elevada e focais de início. Como tal, no Hospital Dona Estefânia realizou um Eletroencefalograma, cujo resultado foi normal.

Aos 8 meses de idade, continuou a ser acompanhada no Hospital de Santa Maria, na Consulta de Desenvolvimento. Nesta data, a Lara já tinha tido 8 episódios em pouco meses. Realizou novamente o eletroencefalograma e um novo exame – a Ressonância Magnética – cujos resultados relataram novamente tudo normal.

Em março de 2011, é realizado um eletroencefalograma onde não se registam quaisquer elementos anormais para a idade.

O Hospital de Santa Maria declara em outubro de 2011, um atraso global do desenvolvimento psicomotor, principalmente ao nível da linguagem. Acrescenta ainda, este atraso associado a convulsões, tremores e estrabismo. Nesta data, a Lara é seguida em Consultas de Desenvolvimento, Neuropediatria, Oftalmologia e Otorrinolaringologista. Neste relatório, é ainda pedido consultas de genética e Doenças metabólicas. De acrescentar que a Lara apesar de medicada, mantém as crises e quando as últimas ocorrem, iniciam-se com interrupções de olhar, olhar fixo e por sua vez, perda de conhecimento, por vezes com clônias do corpo na sequência. A Pediatra de Desenvolvimento refere também que resultam necessidades educativas especiais permanentes das alterações funcionais e estruturais, que por sua vez, traduzem dificuldades nas áreas da aprendizagem, da socialização, da atenção e da autonomia.

Desta forma, tais dificuldades fundamentam, ao abrigo do Decreto de Lei n.º 3/2008, que a Lara deveria beneficiar da Integração em Jardim de Infância, Apoio educativo especializado e individualizado, Terapia da Fala, Psicomotricidade/Terapia Ocupacional.

A março de 2012 é realizado um Teste de Genética Médica e Diagnóstico pré-Natal em colaboração com a Universitair Medisch Centrum Utrecht, onde foi revelada a presença de uma mutação genética associada um Síndrome de Dravet.

Existe o conhecimento do seu acompanhamento, anualmente, nas Consultas de Desenvolvimento, pelo Hospital de Santa Maria.

A Lara é sinalizada pelo Jardim de Infância em outubro de 2011, tendo como critérios de Elegibilidade: Atraso de desenvolvimento global e Perturbação neurológica.

Desde novembro de 2011 que é acompanhada pela ELI, usufruindo de uma intervenção semanal de Psicomotricidade e outra em Terapia da Fala, isto em contexto educativo. A Lara frequentou o Jardim de Infância, desde o ano letivo 2010/2011, permanecendo até ao ano letivo 2014/2015, por aconselhamento da Equipa da ELI, com o intuito de reforçar as suas competências e a aquisição de hábitos mais prolongados ao nível do trabalho estruturado.

No ano letivo 2015/2016 a Lara inicia o seu percurso no 1.º ciclo, mantendo-se ao abrigo do Decreto de Lei n.º 3/2008, integrando a Unidade de Multideficiência e com o acompanhamento de uma auxiliar de educação nas diversas rotinas. Está inscrita na Escola da Encarnação, sendo continuamente acompanhada pelo Ensino Especial, Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional e Técnica de Educação Especial e Reabilitação, até ao ano letivo atual.

I.6.3 Programa de Intervenção Psicomotora

A Bateria Psicomotora foi o instrumento utilizado neste estudo de caso, de forma a recolher o desenvolvimento psicomotor da criança. Apesar da intervenção ser em meio aquático, os objetivos foram adaptados ao mesmo, com o intuito de trabalhar as necessidades e dificuldades do quotidiano da Lara.

Como tal, após a avaliação da criança com a checklist anteriormente referida, foi possível determinar um perfil psicomotor da mesma, nas várias áreas do desenvolvimento, sendo apresentado na tabela seguinte:

Tabela 14 – Perfil da Lara, com base nos Resultados da Avaliação Inicial.

Perfil da Lara	Áreas Fortes	Áreas a melhorar
Tonicidade	✓	
Equilíbrio		✓
Lateralização	✓ *	
Noção do Corpo		✓
Estrutu. Espaço-temporal		✓
Praxia Global		✓
Praxia Fina		✓
*Apesar de que durante as sessões de observação e mesmo as de avaliações a criança não demonstre o conhecimento do lado direito e esquerdo (no próprio corpo e no outro);		

Com base nestes resultados, foi realizado um programa psicomotor com o intuito de orientar as sessões ao longo dos 6 meses de estágio. Este programa foi desenvolvido no meio aquático e como tal, todos os objetivos foram adaptados ao mesmo. Como tal, seguidamente serão apresentados, com maior detalhe os objetivos gerais, objetivos específicos, as estratégias e se foram ou não atingidos os mesmos objetivos após a avaliação final.

I.6.4 Apresentação e Discussão dos Resultados da Intervenção

A avaliação inicial executou-se com uma checklist da Bateria Psicomotora, de acordo com os objetivos já delineados anteriormente para a respetiva criança.

A aplicação inicial da avaliação concretizou-se em duas sessões de 60 minutos, na parte da manhã, nos dias 17 e 31 de janeiro de 2018, respetivamente. Foram feitas de forma alternada com as sessões em meio aquático, por ser um caso que requer a necessidade do apoio terapêutico. De acrescentar que as duas sessões se realizaram no ginásio da escola e numa sala ampla sem mesas. Após analisados os resultados da avaliação inicial foi construído um Programa Psicomotor, para objetivar as sessões em meio aquático, para progredir e melhorar as várias áreas constituintes do desenvolvimento Psicomotor (Tabela 15).

A avaliação final ocorreu no dia 16 de maio e 6 de junho do mesmo ano, em duas sessões de 60 minutos, também na parte da manhã, no ginásio da escola e na parte de fora da piscina. Este grande intervalo foi resultado de ausências da criança devido a convulsões de Epilepsia ou de atividades incluídas no Projeto “Saí p’ra Rua”, na Quinta da APERCIM, onde os técnicos teriam de estar presentes para dinamizar as atividades.

Relativamente à estatura da criança, esta é endomorfa, visto ter uma constituição física caracterizada por uma estrutura óssea forte e pelo fácil ganho de peso.

Tabela 15 – Programa de Intervenção Psicomotora da Lara.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais	Objetivos Atingidos
Trabalhar a Tonicidade	Promover a regulação do tônus muscular	A criança deve ser capaz de autodescontrair e relaxar o corpo, sem revelar movimentos de resistência;	Parcialmente alcançado
Melhorar o Equilíbrio	Promover o equilíbrio estático e dinâmico;	A criança deve ser capaz de diminuir as reequilibrações nas diversas atividades;	Não alcançado
	Trabalhar a diminuição da insegurança gravitacional	A criança deve ser capaz de se manter imóvel num período de tempo;	Parcialmente alcançado
		A criança deve ser capaz de executar o salto, o impulso e a deslocação;	Não alcançado
Promover a Lateralidade	Promover a distinção do lado direito e esquerdo	A criança deve ser capaz de coordenar a utilização dos membros do lado direito e esquerdo, ao mesmo tempo;	Não alcançado
		A criança deve ser capaz de reconhecer o lado direito e esquerdo no seu corpo;	Não alcançado
Trabalhar a Noção do Corpo	Trabalhar a diferenciação dos vários segmentos corporais;	A criança deve ser capaz de executar gestos simples e posturas do corpo;	Não alcançado
		A criança deve ser capaz de realizar um movimento preciso na atividade da auto-imagem;	Não alcançado
	Promover o desenho organizado do próprio corpo;	A criança deve ser capaz de reconhecer os segmentos corporais;	Parcialmente alcançado
		Deve construir de forma organizada o corpo humano – cabeça, tronco e membros;	Alcançado
Trabalhar a Estruturação espacial e temporal	Promover a noção de ritmo;	A criança deve ser capaz de localizar-se a si própria ou a objetos no espaço, compreendendo as instruções – atrás, frente, cima, baixo e lado;	Não alcançado
	Promover a organização espacial dos objetos e do seu corpo no espaço;	A criança deve ser capaz de produzir sequências de objetos (cubos, formas geométricas, ou outros) de diferentes cores, na horizontal e vertical de forma organizada;	Parcialmente alcançado
Melhorar a Praxia Global	Desenvolver o planeamento motor;	A criança deve ser capaz de regular a força e a direção de forma a acertar no local respetivo;	Parcialmente alcançado
	Trabalhar a coordenação oculomanual e oculopodal	A criança deve ser capaz de realizar o movimento oculomanual por baixo ou por cima, mediante a necessidade da atividade;	Parcialmente alcançado
		A criança deve ser capaz de chutar a bola, direcionando-a para um determinado objeto/espaço;	Não alcançado
Melhorar a Praxia Fina	Desenvolver o planeamento micromotor;	A criança deve ser capaz de coordenar as duas mãos de forma a realizar atividades que assim o exijam;	Parcialmente alcançado
	Trabalhar a coordenação dinâmica manual	A criança deve ser capaz de executar a pega fina;	Não alcançado

1.6.4.1 Bateria Psicomotora

Ao nível dos Fatores Psicomotores, segue a descrição dos resultados de ambas as aplicações da Checklist, e posteriormente, um gráfico com os resultados gerais, os pontos fortes, os fatores a melhorar e o respetivo perfil psicomotor.

1.6.4.1.1 Tonicidade

Em geral, o indivíduo realizou todas as atividades dos fatores psicomotores, apresentando diversas resistências ao fazer o que era solicitado.

Relativamente à extensibilidade, nos membros inferiores não houve grande afastamento ao nível dos adutores e extensores da coxa e dos quadríceps femorais, existindo sinais visíveis de resistência e esforço. Apesar de ainda se observar sinais de resistência, já se verifica um maior afastamento dos extensores da coxa na avaliação final. Nos membros superiores, a criança não consegue tocar com os cotovelos, nem com os polegares nas respetivas zonas do antebraço. Executou apenas sem dificuldade e resistência a extensão máxima do antebraço. A criança realizou na aplicação final com menor resistência o item da observação dos deltóides anteriores e peitorais. Segundo Fonseca (2010), a sua estatura endomorfa poderá pôr em causa a sua flexibilidade, resultando as tais resistências anteriormente mencionadas.

No que diz respeito à Paratonia, é possível identificar um abandono dos membros inferiores e superiores, em ambas as aplicações, representando uma correta autodescontração com ligeiros sinais de resistência. As últimas e os movimentos involuntários, surgem devido à sua patologia (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

1.6.4.1.2 Equilibração

De modo geral, o indivíduo demonstrou dificuldades na execução dos itens do equilíbrio estático e dinâmico, em ambas as aplicações.

Na imobilidade, por já existirem diagnosticados sinais dispráxicos na criança, o item realizou-se de olhos abertos. Observam-se mesmo assim, algumas dificuldades em ficar imóvel, revelando insegurança gravitacional. No apoio retilíneo, o indivíduo consegue ficar cerca de 15 segundos. Nas pontas dos pés, o indivíduo fica em equilíbrio menos de 10 segundos, demonstrando sinais de insegurança gravitacional, e diversas reequilibrações para o controlo do corpo na posição correta. Neste item observaram-se evoluções, contabilizando um melhor controlo do corpo durante mais de 10 segundos. O apoio unipodal não ocorre nas duas avaliações.

No equilíbrio dinâmico, todos os itens foram realizados com algumas dificuldades. Na marcha controlada, a criança apresentou grandes dificuldades em ambas as aplicações, sendo que na final existiu menos resistência para a concretização do item e moderadas reequilibrações, ajustamentos dos pés e afastamento da base de sustentação. Ao nível da trave, em todos os percursos o indivíduo demonstrou insegurança gravitacional, mesmo com um apoio da técnica. Para trás, a criança não realiza a atividade, evidenciando grande insegurança. Na aplicação final, apesar de ainda se sentir instabilidade em cima da trave, a criança executa os movimentos de forma controlada e correta, mas com um apoio

da técnica, nos itens para a frente, direita e esquerda. Para trás, a criança ainda não realiza alternância de pés, mas existiram na avaliação final alguns passos para trás.

Em ambas as aplicações inicial e final, nos itens dos saltos de pé-coxinho, a criança não os realiza, nos saltos em pés juntos, para a frente existe o salto e o impulso, mas não ocorre a deslocação. Para trás e de olhos fechados, mais uma vez não existe a deslocação, ocorrendo o aumento da base de sustentação.

A marcha é um dos fatores de desenvolvimento mais importantes para uma criança e um dos mais afetados por esta patologia (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018). Os restantes itens relativos ao equilíbrio poderão demonstrar estas dificuldades, devido à patologia da criança, mais propriamente das convulsões criarem um corpo com repetidas contrações e descontrações dos músculos. De acrescentar o atraso no desenvolvimento que poderá trazer consequências aos fatores primordiais (Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

1.6.4.1.3 Lateralização

Neste fator psicomotor, foi possível determinar um perfil de lateralidade DDDD, em ambas. Apesar de que é um perfil incerto, visto em alguns itens a criança oferecer uma certa resistência na realização do que era solicitado. Importante mencionar que a mesma utilizava óculos com alguma graduação.

Ao nível da lateralidade ocular, os itens são executados com o olho direito; na lateralidade auditiva, o item é executado com o ouvido direito. A mão e o pé preferencial, na pega da caneta e no chuto da bola respetivamente, são também os membros direitos.

Relativamente a este item, a criança tem a lateralidade definida, devido ao seu perfil, mas não tem consciência de qual é o lado do corpo direito e qual o esquerdo. Neste fator é importante realçar o défice cognitivo existente, que dificulta a execução de atividades mais complexas e que por sua vez envolvam os conceitos direita/esquerda (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

1.6.4.1.4 Noção de corpo

De modo geral, todos os itens deste fator foram realizados apresentando diversas dificuldades. O item do Reconhecimento (Direito/Esquerda) não foi feito, visto existirem diversas dificuldades cognitivas, em ambas as aplicações.

Na avaliação inicial, no item do sentido cinestésico, a criança nomeia apenas o nariz, a boca, os olhos, a mão, a orelha e o sapato. Após a aplicação final, foi possível

verificar que existe um progresso na nomeação das partes do corpo, referindo a mão e o pé como elementos constituintes. Ainda assim, não especifica a lateralidade dos membros. De acrescentar que as capacidades linguísticas são reduzidas, sendo difícil também de entender certas palavras, o que poderá também não revelar os corretos resultados de avaliação (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

A auto-imagem é feita inicialmente com apoio da técnica, após solicitação para fazer autonomamente, a criança não executa a atividade. Na aplicação final, a mesma ofereceu igualmente resistência para realizar a tarefa, não a efetivando.

Relativamente à imitação de gestos, em ambas as aplicações, a criança também apresentou resistência para a realização do item, não executando os gestos. No desenho do corpo, a criança executa estruturas semelhantes a círculos. Mesmo sendo solicitado em ambas as aplicações mais do que uma vez, não é perceptível a forma do corpo, os membros e os pormenores da face. Existem sinais dispráxicos e desorganização do desenho do próprio corpo (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

1.6.4.1.5 Estruturação espaço-temporal

Neste fator psicomotor, em ambas as avaliações, os itens da organização espacial e da representação topográfica não se realizaram devido às condições da criança e às suas dificuldades cognitivas.

A estruturação dinâmica foi feita, na avaliação inicial, com cubos de diferentes cores, através da cópia de uma determinada sequência. Neste item existe a reprodução da sequência, quando esta está na horizontal, com ligeiras desorganizações na colocação dos cubos, mas não existe quando solicitada na vertical. Nesta última solicitação, a criança realiza-a afirmando que está a construir uma torre, alterando o objetivo da atividade. Na aplicação final, foi executada em sequência, com maior organização e sem hesitações ao nível horizontal, não realizando, mais uma vez, quando alterado para a vertical.

Em ambas as avaliações, no item da noção rítmica, não existiu memória de curto prazo ao nível da reprodução da sequência solicitada. De acrescentar que foi solicitado um ritmo lento e posteriormente rápido, não existindo também essa noção.

A falta de organização do corpo no espaço, provém das dificuldades existentes em todos os fatores anteriores. Foi possível observar o défice de atenção que ocorre ao longo de uma atividade. O objetivo da tarefa perde-se em segundos, obrigando a demonstração

e a recapitulação do mesmo, em vários momentos da atividade (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018). Assim, poderá considerar-se que tais resultados, sejam consequência do reduzido tempo de atenção numa determinada atividade.

No que se refere às posições espaciais, ao longo das aplicações foi demonstrado o conhecimento relativo aos conceitos – “anda para trás”; “vai para dentro do arco”; “coloca os cubos fora da caixa”.

1.6.4.1.6 Praxia Global

Ao nível da coordenação oculomanual, na avaliação inicial, o movimento do braço para encestar é feito por cima. O indivíduo não acerta nenhuma vez, mas alguns lançamentos tocam no balde. Também a orientação e a força não eram regularizadas de forma a acertar no balde. Na coordenação oculopodal existe uma maior dificuldade na orientação da bola para acertar na baliza. O indivíduo só consegue chutar se a bola estiver à frente e parada, não direcionando a mesma para o local pretendido. De realçar que por vezes, não existe o foco da atenção na atividade que a criança estava a fazer, sendo necessário reforçar o que é pretendido (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

Na aplicação final, no item da coordenação oculomanual, já existe o movimento por cima e por baixo, regulando melhor a força e a direção da bola de forma a acertar no cesto, acertando um em quatro lançamentos. Na coordenação oculopodal, a criança acertou também um em quatro lançamentos. Apesar disto, é de referir que demonstra menos regulação da direção da força necessária para efetivar o objetivo da atividade. De acrescentar que ainda se verifica alguma dispersão da atenção, realizando o item com outro propósito.

Relativamente à dissociação dos membros superiores, em ambas as aplicações, esta não ocorre, verificando-se a dificuldade da rechamada da memória a curto prazo e o facto de não existir a coordenação entre as duas mãos. Por sua vez, não foram aplicadas as sequências com os membros inferiores, nem o item da agilidade visto não existir o salto e a dissociação dos membros.

Em suma, a motricidade global demonstra muita desorganização do planeamento motor e descoordenação dos movimentos, mencionada pela literatura, nos vários momentos da avaliação (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

1.6.4.1.7 Praxia Fina

Ao nível das duas avaliações, o item da coordenação dinâmica manual demonstrou uma desorganização ao nível do movimento correto (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018). Não existe planeamento micromotor, nem na parte de fazer, nem na parte de desfazer a pulseira. O movimento feito pela criança, consiste em puxar os cliques, após demonstração da técnica. De realçar que existe a pega fina madura e alguns tremores que dificultam o movimento preciso e necessário para a execução deste item.

A atividade do tamborilar não é realizada em ambas as aplicações, pois a criança oferece resistência na execução do item.

No que se refere ao item da velocidade-precisão, as duas aplicações revelaram mais uma vez dificuldades na organização do planeamento motor e tremores desfavoráveis à realização dos itens. A criança executa os pontos ao acaso na folha, sem qualquer ordem sequencial, ou realiza círculos. As cruces não são feitas, sendo executados riscos com a caneta. De acrescentar que neste item, foi possível verificar que existe reconhecimento de algumas letras do seu nome.

Esta criança demonstrou em vários momentos da aplicação das checklist's e da própria intervenção, as alterações de humor e resistência na execução das atividades, com comportamentos mais agressivos, tal como mencionado pelos autores Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018, ser comum neste tipo de patologia. Assim, os resultados que foram obtidos poderão não ser os que realmente demonstram as capacidades desta criança.

Mediante uma análise pormenorizada, o gráfico seguinte representa os resultados obtidos a partir da Bateria Psicomotora, nas duas aplicações, salvaguardando as condições da criança:

As baixas cotações ao nível da primeira unidade de Lúria representam as dificuldades sentidas nas restantes unidades. Devido à patologia da criança, as questões ao nível do desenvolvimento estão limitadas, demonstrando dificuldades em todos os fatores psicomotores (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

Mediante a cotação de todos os itens, o perfil psicomotor do indivíduo é o dispráxico. Fonseca (2010) refere que o mesmo revela uma criança com dificuldades ao nível do controlo e apresentando sinais desviantes, manifestando-se em todos os fatores

psicomotores. Traduz problemas de equilíbrio, vestibulares, de lateralização e de integração sensorial (Fonseca, 2010). Segundo o mesmo autor, existe uma dificuldade na planificação e na própria expressão motora, que descreve as questões do processo e integração sensorial.

Tal como o gráfico da figura 4 indica, existiram ligeiras evoluções ao nível de certos fatores psicomotores, mas apesar disso o perfil psicomotor manteve-se. As evoluções quase nulas poderão resultar dos vários ataques de epilepsia, que deixam repercussões no seu desenvolvimento e nas suas aprendizagens (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

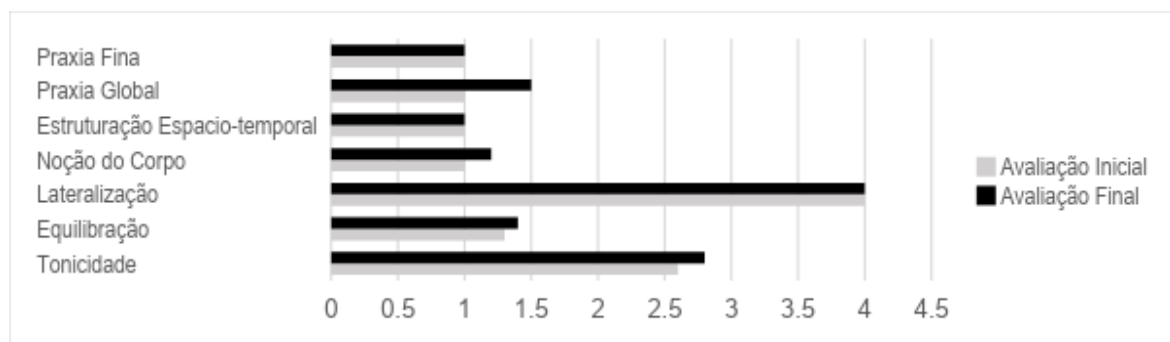


Figura 4 – Resultados obtidos nos fatores psicomotores, na avaliação inicial e final da BPM, da Lara.

Apesar de tais progressos, esta criança continua a necessitar de apoio ao nível psicomotor para colmatar as várias dificuldades presentes, o desenvolvimento do equilíbrio, a organização relativamente ao espaço e ao tempo e a organização do planeamento motor para movimentos globais ou finos.

O facto de não se observarem melhorias em todos os fatores psicomotores, pode ser fundamentado pelo pouco tempo que existe ao nível da intervenção. Além disso, a Lara faltava a algumas sessões, por motivo da patologia. As sessões terapêuticas com este caso, deveriam de ser de duas/três vezes por semana, em diferentes contextos terapêuticos – meio aquático, ginásio, sala de aula – em sessão individual e de grupo, para desenvolver o seu perfil psicomotor e para reduzir as resistências, os desvios comportamentais e a comunicação com os outros, respetivamente.

1.6.5 Reflexão Pessoal sobre a intervenção com a Lara

A Lara foi um dos casos em que iniciei a minha intervenção ainda em período de integração e observação, ainda antes de a considerar como estudo de caso. Em várias sessões dei por mim, com questões existenciais e internas, questões onde punha à prova os meus conhecimentos teóricos, práticos e as minhas experiências pessoais, como Ser Humano e

Psicomotricista. Questões onde procurei em todo o meu armário mental, quais as melhores peças de puzzle que poderiam encaixar como respostas corretas. Tal como já foi referido, a patologia da Lara causa convulsões de epilepsia que promovem que o seu corpo e o seu próprio estado de humor não a favorecessem a ir à escola, e a deixasse mais frágil e predisposta a questões de aborrecimento e não colaboração para as tarefas diariamente solicitadas (Wolff, Cassè-Perrot, Dravet, 2006; Associação Síndrome de Dravet – Portugal, 2018).

Ao longo da intervenção foi-me possível constatar que muitas vezes a Lara parecia “perder” certas habilidades. Em cerca de 4 semanas, trabalhávamos a entrada no tanque terapêutico, o equilíbrio, o salto, a praxia fina, e de um momento para o outro, passado duas semanas – uma de intervalo, registada por uma convulsão epilética e por sua vez uma falta à terapia e à escola, – perceber que existiam capacidades que já não eram executadas da mesma forma, mas sim com uma certa regressão.

Uma mistura de sentimentos – sentir que estava a subir um degrau e a descer dois e, portanto, qual estaria a ser, realmente, o meu sucesso como profissional?

A Lara era uma das crianças que referia que ia para a terapia, mais propriamente para piscina, com uma felicidade que se notava no olhar, nas feições do rosto e nas expressões motoras. Esta ambição por ir para a piscina, por se poder libertar e expressar na água, de ser autónoma, de poder “nadar”, de se poder encontrar com ela própria – tal como referia Filho (2003) –, superava todos os meus objetivos. A força de vontade dela de querer apenas sentir a água, no corpo, nas mãos e na cara. Qual seria a minha posição nesta intervenção?

Técnicos, professores e auxiliares que sempre referiram que a Lara era uma criança de ideias fixas, teimosa e tinha de ser levada “à maneira dela”, isto para fazer aquilo que era melhor para ela, o praticar, o socializar, o comunicar. E a água que a levava tão bem, que a motivava, que comunicava com ela e a fazia tão feliz. Tudo aquilo que eu observava vai ao encontro do que o autor Onofre (2000) menciona. Naqueles 45 minutos, a Lara era ela própria, movimentava-se sem dificuldades e conseguia fazer coisas que não lhe eram possíveis fazer em zona terrestre, devido à sua constituição física. Será que os objetivos deveriam ser de acordo à preservação das suas capacidades? À melhoria da sua qualidade de vida, na água, por breves instantes?

Mais do que intervir e reabilitar, era o momento onde ela poderia relaxar das pressões impostas todos os dias, em todas as suas atividades diárias, por todos os intervenientes que acompanhavam a Lara. Ter constantemente a incógnita do que seria

melhor para ela – se uma atividade que exigisse capacidades manipulativas e cognitivas, se apenas dar-lhe liberdade para sentir o seu corpo na água –, se uma sessão diretiva ou semidiretiva (Filho, 2003), promovendo-lhe, naquele contexto, a autonomia que ela não poderia ter em mais nenhum envolvimento. Dei por mim, a desrespeitar os objetivos para determinada sessão e deixá-la “nadar” durante instantes, andar na piscina sem apoios físicos e/ou verbais, simplesmente deixava-a estar em constante relação do seu corpo com a água.

Tal como refere Onofre (2000), a água era um estímulo para o seu desenvolvimento, neste caso, para a melhoria das suas capacidades danificadas pelas convulsões, para a melhoria da sua qualidade de vida e da sua felicidade. Eu, apenas um mediador que lhe proporcionava esse momento.

Como profissional, estagiária e recém-formada, é automático e espontâneo ser direcionada para uma avaliação, regendo-me pelos procedimentos sequenciais lecionados na licenciatura e mestrado, pelos padrões, pelos perfis psicomotores, pelas áreas fortes e a melhorar. Mas será necessário todo este processo neste estudo de caso? Talvez, para ter as noções básicas do que é necessário trabalhar na Lara, mas será fundamental utilizar a metodologia formal ou poderemos realizar avaliações informais ao longo dos primeiros contactos com a criança? Ao nível dos resultados de toda a intervenção psicomotora, as melhorias foram irrisórias. No que toca à autonomia do balneário, à saída do tanque no momento solicitado, existiram grandes ganhos. Aqui, os pormenores valiam-me mais do que os objetivos psicomotores – É correto pensar desta forma, ou estaremos a agarrar-nos a sucessos para nos resguardarmos dos fracassos da nossa intervenção? – sentir que mesmo que seja mínimo, ela tinha executado algo como foi previsto.

Sabia ao mesmo tempo e tal como refere Filho (2003), que a criança estava a adquirir as suas próprias estratégias e as suas próprias aprendizagens, no meio aquático. Neste estudo de caso, eu e o tempo de intervenção lutávamos constantemente contra as repercussões provocadas pelas convulsões, e a mim bastava-me criar uma terapia onde a Lara pudesse ser ela, sem situações que exigissem demasiado dela, sem pressões. A mim restava-me ser apenas um mediador entre a comunicação do seu corpo com a água e com todas as suas características.

I.7 Estudo de Caso – Eduardo

O Eduardo, nome fictício, tem 9 anos, foi diagnosticado com um atraso do desenvolvimento da linguagem e da comunicação, revelando dificuldades psicomotoras associadas. No presente estudo, a criança frequenta o 4.º ano do Ensino Primário, numa Escola da Ericeira.

I.7.1 Identificação

O Eduardo nasceu em julho de 2008, sendo seguido posteriormente no Hospital de Santa Maria. Vive na Ericeira, no concelho de Mafra, com a mãe, com o pai, com o irmão de 13 anos e com a avó paterna.

A mãe tem 47 anos e trabalha como empregada doméstica. O pai tem 50 anos e executa trabalhos denominados como biscates.

É uma criança trabalhadora e persistente nas diversas atividades propostas, revelando ainda algumas inseguranças e hesitações em tarefas que exijam decisões da sua parte. Ao nível Psicomotor demonstra dificuldades ao nível da estruturação espaço-temporal e lateralidade cruzada.

No que se refere à comunicação, apenas na parte semântica apresenta resultados inferiores aos valores padrão, cuja relação se foca na nomeação de antónimos e classes de palavra.

Em termos comportamentais, é uma criança tímida, colaborativa, participativa nas atividades e que demonstra interesse nas mesmas.

I.7.2 Caracterização da Patologia – Perturbação da Linguagem:

Segundo a American Psychiatric Association [APA] (2013), esta patologia não representa um padrão constante nas suas características, podendo verificar-se irregularidades nos vários níveis da linguagem. Como tal, compreende os seguintes critérios:

- Persistência de dificuldades na aprendizagem, compreensão e utilização da linguagem, durante os vários modos de expressão – fala, escrita e gestual. Esta perturbação refere-se às dificuldades que se observam numa criança com um vocabulário escasso, frases curtas e limitadas ao nível da estrutura e limitações no discurso;
- As capacidades linguísticas, mediante comparação padrão, estão inferiores ao esperado para a faixa etária em uma ou mais valências linguísticas. Por sua vez, desenvolvem outras limitações ao nível das áreas social, desempenho académico e nas atividades funcionais;
- Este tipo de patologia está presente nas fases mais precoces do desenvolvimento e/ou concilia-se com outras perturbações;
- As dificuldades não podem ser concedidas a outras limitações ao nível auditivo, sensorial, motor ou neurológico, nem mesmo atrasos no desenvolvimento global ou psicomotor e perturbação do desenvolvimento intelectual.

Esta patologia expressa-se precocemente e está diretamente correlacionada com um atraso na aquisição das palavras elementares, sendo posteriormente definido um défice ao nível da compreensão, da expressão ou das duas áreas de forma concomitante (APA, 2013). A competência expressiva refere-se à produção da voz, da parte gestual e

simbólica, paralelamente a competência compreensiva constitui o processo de receção e perceção da mensagem linguística (APA, 2013). Por sua vez, as dificuldades manifestadas a este nível constituem as resistências sentidas em receber e compreender o significado da informação ouvida, e como tal, em realizar instruções e/ou dar respostas de acordo com o solicitado. Neste caso, as competências expressivas podem não estar afetadas, mas são uma consequência do défice das competências compreensivas (APA, 2013).

Relativamente às causas, os autores referem estudos que evidenciam o foro fisiológico e genético, não desvalorizando os fatores ambientais que podem também influenciar o indivíduo (APA, 2013). Acrescentam que existe maior predisposição por parte dos familiares para herdar esta patologia. Além disso, os indivíduos que expressam dificuldades na área recetiva apresentam um prognóstico inferior em comparação com a área expressiva (APA, 2013).

Relativamente à comorbidade, esta patologia vincula-se com outras patologias do foro neurodesenvolvimental – Dificuldade Específica da Aprendizagem (leitura, escrita e aritmética); Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Perturbação do Espectro do Autismo; Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação e Perturbação da Comunicação Social (APA, 2013).

Assim, as crianças que apresentam esta patologia podem aparentar ser tímidas e reservadas, preferindo apenas comunicar com membros conhecidos ou familiares (APA, 2013). Existem algumas características que podem ser detetáveis neste tipo de crianças: desatenção; hiperatividade; impulsividade; dificuldades de coordenação ao nível da perceção; escassez de competências de organização; reduzida tolerância a frustrações e situações problema; dificuldades em desenvolver raciocínios, numa ou mais áreas académicas; reduzida autoestima; dificuldades nas relações sociais com os seus pares; dificuldade em iniciar ou concluir uma tarefa; em situações de avaliação os resultados poderão demonstrar um desempenho desarmonioso e imprevisível; dificuldades ao nível da memória auditiva e visual sequencial; dificuldades de processamento auditivo; dificuldades de coordenação visuo-motora; problemas no sistema neurológico (Nielsen, 1999).

1.7.2.1 Percurso Clínico, Escolar e Terapêutico

O desde que nasceu é seguido em Neurologia no Hospital de Santa Maria, em vigilância, devido à existência de convulsões de Epilepsia. Na família, também o irmão teve convulsões, estando no momento medicado de forma a controlar as mesmas.

Segundo o Processo da criança, em 2014 o Eduardo teve um vírus nas amígdalas que por sua vez, contribuía para febres muito altas.

Ao nível do desenvolvimento, o Eduardo aos 13 meses começou a andar, sem executar a fase do “gatinhar” primeiro. A família refere também que a criança começou a falar relativamente cedo, revelando uma linguagem confusa.

As preocupações da família residiram nas convulsões e na comunicação do Eduardo. As convulsões agravaram-se no verão 2017, permanecendo medicado desde essa altura e, portanto, controladas.

O Eduardo foi sinalizado à IP de Mafra pela família em janeiro de 2014, com o intuito de responder às preocupações já referidas anteriormente. O SNIPI apoia a criança desde essa altura, com os seguintes critérios de elegibilidade: Atraso de desenvolvimento da linguagem e comunicação, existindo alterações nas funções do corpo – criança com imaturidade emocional; alterações percetivas e de atenção, concentração e memória; atraso grave da expressão verbal; e alterações na Atividade e Participação. Desde tal altura que o Eduardo recebe o apoio da Terapeuta da Fala.

Em maio de 2014, a ELI aplicou vários instrumentos de avaliação: Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-Escolar e Primária (WPPSI), pelo Teste de Avaliação de Linguagem na Criança (Escala de Linguagem TALC) e pelo Teste Fonético-Fonológico (TFF), revelando valores globais incluídos nos valores médio-baixos. Após tais avaliações, concluíram que a criança apresentava uma Perturbação Fonético-Fonológica, podendo traduzir-se em dificuldades de aprendizagem, especificamente na leitura e escrita. De acrescentar que os resultados da avaliação cognitiva sugeriram dificuldades na área da realização, devido à imaturidade apresentada ao nível gráfico, de perceção e do planeamento da ação motora. Assim, a ELI sugeriu a integração do indivíduo no Decreto de Lei n.º 3/2008, com o intuito de receber apoio pedagógico personalizado, e a continuação do acompanhamento por parte da Terapeuta da Fala.

A criança permaneceu em casa com a mãe, entrando para o Jardim de Infância no ano letivo 2013/2014, ano anterior à sua entrada para o Ensino Primário. Ingressou na Escola Primária, no ano letivo de 2014/2015, permanecendo até ao momento. Nas reuniões finais do 3.º período do ano letivo 2014/2015, entre docentes e terapeutas da APERCIM, o Eduardo foi sinalizado pelo professor titular e como tal, no ano letivo 2015/2016 iniciou o apoio do CRI, ao nível da Psicologia e Reabilitação Psicomotora, sendo contínuo o apoio da Terapia da Fala.

No presente ano letivo, o indivíduo apenas recebe o apoio da Reabilitação Psicomotora e Terapia da fala.

I. 6.2 Programa de Intervenção Psicomotora

A Bateria Psicomotora foi o instrumento utilizado neste estudo de caso, de forma a recolher o desenvolvimento psicomotor da criança. Apesar das sessões ocorrerem em grupo, os objetivos foram definidos individualmente.

Como tal, após a avaliação da criança com a checklist anteriormente referida, foi possível determinar um perfil psicomotor da mesma, nas várias áreas do desenvolvimento, sendo apresentado na tabela 16.

Tabela 16 – Perfil do Eduardo, com base nos resultados da Avaliação Inicial.

Perfil do Eduardo	Áreas Fortes	Áreas a melhorar
Tonicidade		✓ *
Equilíbrio	✓	
Lateralização	✓	
Noção do Corpo		✓ *
Estrutu. Espaço-temporal		✓ *
Praxia Global	✓	
Praxia Fina	✓	
*É de realçar que todas as tarefas foram realizadas de forma correta e sem grandes dificuldades, destacando-se as áreas a melhorar como as mais fracas da avaliação;		

Com base nestes resultados, foi realizado um programa psicomotor com o intuito de orientar as sessões ao longo dos 6 meses de estágio (tabela 17).

O programa foi desenvolvido no contexto de ginásio, em grupo com a lara. Como tal, seguidamente serão apresentados, com maior detalhe os objetivos gerais, objetivos específicos, as estratégias e se foram ou não atingidos os mesmos objetivos após a avaliação final.

Tabela 17 – Programa de Intervenção Psicomotora do Eduardo.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais	Objetivos Atingidos
Promover a Tonicidade	Promover a regulação do tônus muscular	Ser capaz de autodescontrair e relaxar o corpo, sem revelar movimentos de resistência;	Não alcançado
Melhorar o Equilíbrio	Diminuir a insegurança gravitacional;	Ser capaz de realizar atividades sem hesitações, quedas e/ou reequilibrações;	Parcialmente alcançado
	Promover o equilíbrio estático e dinâmico	Manter-se imóvel durante um período tempo, nas diversas formas de apoio (pontas dos pés, apoio unipodal, pé ante pé);	Parcialmente alcançado
Promover a Lateralidade	Promover a distinção do lado direito e esquerdo	A criança deve ser capaz de reconhecer o lado direito e esquerdo, no seu corpo e no outro;	Parcialmente alcançado
		A criança deve ser capaz de coordenar a utilização dos membros do lado direito e esquerdo, ao mesmo tempo;	Parcialmente alcançado
Desenvolver a Noção do Corpo	Promover a imitação de gestos simples e sequenciados, e posturas corporais;	Ser capaz de executar 2 das 4 imagens através de gestos;	Alcançado
	Incentivar a diferenciação dos vários segmentos corporais	Nomear corretamente os segmentos mais específicos do corpo – dedos das mãos, cotovelo, tornozelo, pulso, nuca, joelho;	Alcançado
		A criança deve ser capaz de realizar um desenho do seu corpo mais completo e pormenorizado;	Alcançado
Promover a Estruturação espacial e temporal	Promover a organização espacial dos objetos e do seu corpo no espaço; Desenvolver a organização topográfica; Promover a noção de ritmo;	A criança deve organizar objetos à mesma distância, num determinado percurso;	Alcançado
		Ser capaz de localizar-se a si próprio ou a objetos no espaço, compreendendo as instruções – atrás, frente, cima, baixo, lado direito e esquerdo;	Parcialmente alcançado
		Ser capaz de identificar noções de ritmo – devagar, rápido;	Alcançado
		Produzir 2 das 4 sequências rítmicas;	Alcançado
Melhorar a Praxia Global	Potencializar a coordenação oculomanual e oculopodal	Ser capaz de regular a força e a direção de forma a acertar no local respetivo;	Parcialmente alcançado
		Ser capaz de conseguir dissociar os membros do seu corpo, reproduzindo sequências de movimentos;	Alcançado
Melhorar a Praxia Fina	Melhorar a preensão fina e a destreza oculomanual; Incentivar a coordenação dinâmica manual	A criança deve ser capaz de utilizar as duas mãos de forma coordenada em atividades de enfiamentos;	Alcançado

I.7.3 Apresentação e Discussão dos Resultados da Intervenção

A avaliação inicial executou-se com uma checklist de acordo com os objetivos já delineados anteriormente para a respetiva criança, com base no seu percurso terapêutico.

A aplicação da avaliação inicial concretizou-se em 2 sessões de 45 minutos, uma em grupo e outra individual, nos dias 25 de janeiro e 1 de fevereiro de 2018, respetivamente, na parte da manhã, no ginásio da escola.

Após analisados os resultados da aplicação inicial foi construído um Programa Psicomotor com o intuito de objetivar as sessões, melhorar as áreas cujos resultados foram mais baixos e aperfeiçoar os pontos fortes.

A avaliação final realizou-se em 2 sessões de 45 minutos nos dias 24 de maio e 21 de junho, respetivamente. A primeira foi durante o apoio dado pela APERCIM (pela manhã) e no ginásio, e a segunda depois do almoço e numa sala de prolongamento, com mesas e outros materiais, visto não existirem mais apoios. Este intervalo foi devido ao facto de o Eduardo ter estado doente, ou existirem atividades da própria escola ou do projeto “Sai p’ra rua” organizado pela instituição.

Relativamente à estatura da criança, esta é ectomorfa, visto ter uma constituição física caracterizada pela linearidade e magreza corporal, tronco reduzido e membros compridos.

1.7.3.1 Bateria Psicomotora

Ao nível dos Fatores Psicomotores, segue a descrição dos resultados da aplicação da Checklist, e posteriormente, um gráfico com os resultados gerais de ambas as aplicações, os pontos fortes, os fatores a melhorar, o perfil psicomotor, e o respetivo programa terapêutico.

1.7.3.1.1 Tonicidade

Em geral, o indivíduo realizou todas as atividades deste fator psicomotor de forma correta e controlada, mas com algumas dificuldades e resistências, visíveis em ambas as aplicações.

Relativamente à extensibilidade, nos membros inferiores não houve grande afastamento ao nível dos adutores e extensores da coxa e dos quadríceps femorais, existindo sinais visíveis de resistência e esforço. Nos membros superiores, a criança não consegue tocar com os cotovelos, nem com os polegares nas respetivas zonas do antebraço. Em ambos os membros foram verificadas alterações, ao nível da extensibilidade, observando-se um perfil hipertónico (Fonseca, 1984). Executou apenas sem dificuldade e resistência a extensão máxima do antebraço.

No que diz respeito à Paratonia, é possível identificar um abandono dos membros inferiores, representando uma correta autodescontração. No que se refere ao abandono dos membros superiores, este não existe, sendo relatado pela própria criança que “os braços são mais difíceis de relaxar”, e manifestado diversos sinais de resistências (Fonseca, 1984; Fonseca e Oliveira, 2009).

Na avaliação final foram observadas as mesmas dificuldades, realçando um melhor abandono dos membros superiores, apesar de ainda visíveis certas resistências e movimentos voluntários.

1.7.3.1.2 Equilibração

De modo geral, este fator psicomotor foi realizado de forma correta e controlada, com ligeiras reequilibrações. De destacar que na avaliação final, já se verifica um desempenho dos vários itens mais controlado e regular.

Na imobilidade, na aplicação inicial, observam-se movimentos faciais (Fonseca, 1984; Fonseca e Oliveira, 2009), a pressão ocular para manter os olhos fechados, alguns desvios e reequilibrações do corpo (Fonseca, 1984; Ribeiro, 2010). Apesar disso, o indivíduo consegue manter-se imóvel e de olhos fechados durante os 60 segundos. Já na avaliação final, foi observada uma ligeira dificuldade em manter os olhos fechados, mas um corpo mais controlado, com menos reequilibrações.

Inicialmente, nos itens do apoio retilíneo e da ponta dos pés, o indivíduo mantém-se em equilíbrio cerca de 20 segundos, demonstrando algumas expressões faciais e reequilibrações para o controlo do corpo na posição correta (Fonseca, 1984; Ribeiro, 2010). No apoio de um pé, a criança apoiou-se no pé direito, revelando grandes dificuldades em equilibrar-se na mesma posição durante o tempo previsto, executando este item em cerca de 15 segundos e com reequilibrações permanentes do tronco. Na aplicação final, o indivíduo executa todos os itens de forma mais controlada e com ligeiras reequilibrações. Os três itens do equilíbrio estático são realizados durante os 20 minutos de forma correta, realçando ainda uma menor dificuldade no fecho dos olhos durante as atividades e o pé direito utilizado no item do apoio num pé.

No equilíbrio dinâmico, a marcha controlada, foi realizada com facilidade, apresentando ligeiras reequilibrações, mas sem nenhum desvio de direção, evoluindo na avaliação final e demonstrando um melhor controlo do corpo. Ao nível da trave, na avaliação inicial, apenas para trás, o indivíduo apresentou algumas hesitações e instabilidade gravitacional, mas sem quedas e sinais disfuncionais (Fonseca, 1984; Ribeiro, 2010). Também neste item, existiu um progresso, pois na avaliação final já foi realizado sem reequilíbrios e de forma mais controlada.

Na checklist inicial, no item dos saltos de pé-coxinho, em ambos os pés, os saltos são controlados e realizados com ligeiros desvios de direção, mas sem sinais dispráxicos. Ao nível dos pés juntos, mais uma vez, todos os saltos são executados de forma controlada, apresentando ligeiros desvios de direção e reequilibrações ao nível dos saltos de pés juntos para trás e de olhos fechados. No que toca à aplicação final, já se verifica um maior controlo do corpo em todos os itens, com a direção mais regular. Apenas no item

dos saltos de pés juntos, com os olhos fechados, é que se mantiveram certas reequilibrações e ligeiros desvios da direção.

As reequilibrações e a instabilidade gravitacional foram observadas ao longo das atividades da Bateria, tal como referido pelos autores Fonseca (1984) e Ribeiro (2010).

1.7.3.1.3 Lateralidade

Neste fator psicomotor, em ambas as aplicações verifica-se um perfil de lateralidade DEDE. Ao nível ocular, a criança realiza as duas atividades, com o olho esquerdo, sendo o olho preferencial do indivíduo. Ao nível auditivo, a criança realiza as duas atividades com o ouvido direito. A mão preferencial do indivíduo é a esquerda, sendo esta utilizada para escrever e para lançar a bola. O pé preferencial da criança é o direito, visto as atividades serem realizadas com o membro direito. De realçar que também sobe a cadeira com o pé esquerdo, existindo alguma confusão na definição da sua lateralidade, mas sem apresentar hesitações (Costa, 2008; Ribeiro, 2010).

Neste fator psicomotor observam-se questões que interferem com a estruturação espaço-temporal, tal como mencionado por Fonseca (1984) e por Ribeiro (2010). As hesitações relativamente à lateralidade no seu próprio corpo e no outro são frequentes.

1.7.3.1.4 Noção de corpo

Neste fator psicomotor é de realçar que mais uma vez, existiu uma confusão ao nível da lateralidade no seu próprio corpo e no outro, em ambas as avaliações (Fonseca, 1984; Costa, 2008; Ribeiro, 2010). No sentido cinestésico, todas as partes do corpo eram conhecidas, residindo a maior dificuldade na definição da lateralidade do membro que foi tocado.

Na avaliação inicial, após a explicação da lateralidade no seu corpo e no outro, o item do reconhecimento da direita/esquerda aconteceu de forma correta e controlada, existindo essa consciência no momento. Na aplicação final existiram algumas trocas, concluindo-se que existe ainda uma lateralidade imatura.

Ao nível da autoimagem, o indivíduo também executou o item de forma controlada e precisa, realizando um movimento coordenado dos braços, mas falhando uma vez no toque da ponta do nariz. Já na aplicação final, todos os movimentos finalizaram com o toque na ponta do nariz, desempenhando a tarefa de forma correta.

Relativamente á imitação de gestos, na avaliação inicial a criança apenas realizou corretamente a primeira imagem, executando as seguintes de forma incompleta e,

portanto, revelando maior dificuldade neste item (Fonseca, 1984; Costa, 2008; Ribeiro, 2010). Pelo contrário, na avaliação final, foi possível observar uma maior memória a curto prazo e por sua vez um melhor planeamento motor, realizando as duas primeiras imagens dos gestos corretamente e as seguintes de forma incompleta ou com ligeiros erros.

No desenho do corpo, a criança realiza um corpo simétrico, mas sem pormenores importantes, não apresentando nariz (Fonseca, 1984; Costa, 2008; Ribeiro, 2010). Apesar disso, representa os dedos, as pernas dentro das calças, cabelo e pescoço. Utiliza diversas cores para representar o seu corpo. Na aplicação final já desenha um corpo com mais pormenores, colocando o nariz, mantendo o pescoço, as mãos e os dedos constituintes e o cabelo. Também se verifica uma melhor organização na folha de papel, mediante o tamanho da cabeça, tronco e membros.

Relativamente á identificação das várias partes do corpo, o Eduardo contrariou as perspetivas do autor Fonseca (1984), expressando apenas uma dificuldade quanto à lateralidade do membro. Nos outros itens, observaram-se dificuldades na imitação de gestos e no desenho do corpo, tendo que realçar a evolução de pormenores expostos pela criança, no último referido (Fonseca, 1984; Costa, 2008; Ribeiro, 2010).

1.7.3.1.5 Estruturação espaço-temporal

Ao nível geral os itens deste fator realizaram-se de forma controlada e correta. Na avaliação inicial, no item da organização espacial, a criança demonstra apenas ligeiras dificuldades no tamanho das passadas, existindo no final o alargamento ou encurtamento dos passos de forma a executar o número certo. O cálculo foi feito corretamente em grupo. Na aplicação final, existe uma melhor organização e planeamento motor, observando-se um correto desempenho da atividade, sem hesitações e passadas mais regulares.

Na estruturação dinâmica, inicialmente, o indivíduo apenas demonstra ligeiras dificuldades ao nível da memória a curto prazo, por troca da orientação ou inclinação do lápis, tal como referido com a literatura (Fonseca, 1984; Fonseca e Oliveira, 2009; Costa, 2008; Ribeiro, 2010). Na checklist final, a criança acerta nos mesmos cartões, realçando que quando existem erros relaciona-se com a troca da ponta dos fósforos. Também é importante destacar que o último cartão foi executado em espelho.

O item da representação topográfica demonstrou uma boa representação do ginásio no papel, realizando o desenho com precisão, em ambas as aplicações, desempenhando com sucesso este subfator. Por vezes, existiam ligeiras confusões da sua orientação perante os objetos representados no papel. A parte do percurso foi feita

corretamente, relembrando toda a sequência de locais onde se deveria dirigir. Neste item, a criança apresentou resultados antagônicos ao referido pelo autor (Fonseca, 1984; Fonseca e Oliveira, 2009; Costa, 2008; Ribeiro, 2010).

Ao nível da estruturação rítmica, na aplicação inicial existiu uma maior dificuldade no relembrar das sequências de toques. Existe noção de ritmo, mas em certas sequências são executados batimentos sem intervalo entre os mesmos, não revelando sinais dispráxicos. A criança apenas realizou corretamente duas das cinco estruturas. Mesmo assim, existem hesitações e dificuldades na memorização de ritmos (Fonseca, 1984; Fonseca e Oliveira, 2009; Costa, 2008; Ribeiro, 2010). Na avaliação final, foram observados movimentos mais controlados e por sua vez, sequências estruturadas e corretas, com os intervalos devidos entre certos batimentos. De acrescentar que as sequências foram realizadas de acordo com o demonstrado, executando corretamente as cinco solicitadas. Neste item foi verificado um grande progresso.

1.7.3.1.6 Praxia Global

Na avaliação inicial, no subfator da coordenação oculomanual o movimento é feito corretamente, realizando-o por baixo, sendo apenas reveladas dificuldades no controlo da força e orientação, necessárias para acertar no cesto. O indivíduo apresenta a noção da força que deve utilizar para acertar no cesto. O mesmo acertou duas vezes no cesto. Na aplicação final, o indivíduo tinha a mão direita lesionada, o que dificultou a avaliação precisa do seu perfil neste item. Mesmo assim, utiliza a mão direita, com um movimento correto e controlado, acertando uma vez no cesto.

Ao nível da coordenação oculopodal, em ambas as avaliações a criança consegue acertar uma vez entre as pernas da cadeira. Existe uma dificuldade em controlar a força e a direção necessária, sendo que mais uma vez, ao longo das tentativas o indivíduo foi tendo a noção do que deveria alterar para acertar no local respetivo.

As questões relativas à precisão, poderão estar associadas às dificuldades sentidas nos outros fatores psicomotores primordiais aos movimentos globais (Fonseca, 1984; Ribeiro, 2010).

Apesar das dismetrias, estas foram ligeiras e o movimento foi o correto.

Relativamente à dissociação, nas duas aplicações, existe uma facilidade nos devidos itens. Todas as sequências com os membros superiores e posteriormente com os membros inferiores, foram executadas corretamente, verificando-se ligeiras hesitações. A criança revelou boa memória de curto prazo e dissociação dos membros.

Na atividade da Agilidade, também em ambas as avaliações, a criança consegue realizar o subfator corretamente várias vezes seguidas. Apesar de existirem alterações nos movimentos dissociativos, este foi realizado corretamente e com facilidade.

1.7.3.1.7 Praxia Fina

Na avaliação inicial, o item da coordenação dinâmica manual demonstrou uma desorganização ao nível do movimento correto (Fonseca, 1984; Costa, 2008; Ribeiro, 2010). A parte de desencaixar a pulseira, foi a que demorou a maior parte do tempo, sendo que apenas depois de retirar a maior parte dos cliques é que houve a compreensão do movimento certo para realizar a atividade de forma mais rápida. Não se manifestaram sinais dispráxicos e a preensão é madura, existindo a pega fina do clipe. Na avaliação final, existiu um grande progresso, reduzindo cerca de dois minutos e meio a realização da atividade. Apesar de estar com a mão direita lesionada, a criança entendeu corretamente a forma de encaixar e por sua vez desencaixar, executando um movimento preciso e organizado.

Em ambas as aplicações, a atividade do tamborilar é realizada de forma correta, apresentando ligeiras hesitações. Apesar disso, a criança manifestou uma adequada planificação micromotora, executando a sequência certa, com as duas mãos ao mesmo tempo.

Na aplicação inicial, no subfator da velocidade-precisão, a criança realiza os pontos como se estivesse a desenhar círculos pequenos. Alguns destes são realizados junto aos limites das quadriculas, mas nunca os ultrapassando. As cruces, por vezes, têm as suas partes constituintes de fora das quadriculas. Neste item, mais uma vez, estas dificuldades poderão estar associadas a outros fatores psicomotores, neste caso, à organização no espaço e no tempo (Fonseca, 1984; Fonseca e Oliveira, 2009; Costa, 2008; Ribeiro, 2010). De acrescentar que apesar disso, este é realizado de forma controlada e sequencial, nunca saltando nenhuma quadricula e sem revelar dismetrias e sinais dispráxicos. Na aplicação final, por ter a mão direita lesionada, a criança quis executar a atividade com a mão esquerda, o que impossibilitou de avaliar de forma precisa a cotação relativa a esta tarefa. Mesmo assim, e apesar de os resultados deste item serem inferiores em comparação à avaliação inicial, a criança realizou um número de cruces e pontos adequados.

O gráfico da figura 5 representa as cotações obtidas nas avaliações inicial e final da Bateria Psicomotora, salvaguardando que podem não ser os resultados reais da criança, devido a condições adversas que podem não ter sido controladas.

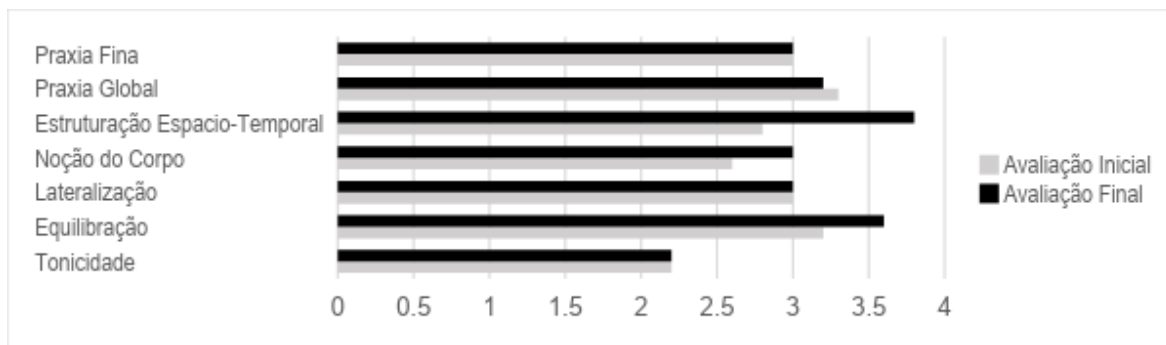


Figura 5 – Resultados obtidos nos fatores psicomotores, na avaliação inicial e final da BPM, do Eduardo.

A partir deste gráfico é possível determinar que existem várias áreas que devem ser estimuladas e desenvolvidas, reforçando e não esquecendo os pontos fortes.

Mediante a cotação de todos os subfatores, o perfil psicomotor do indivíduo na avaliação inicial é o Normal. Segundo Fonseca (2010) este revela uma criança sem dificuldades de aprendizagem, referindo ainda que esta não é uma condição completamente excluída. No seu geral, realiza os itens dos fatores psicomotores de forma adequada e controlada, podendo revelar ligeiros sinais de imaturidade em atividades específicas. Não revelam implicações ao nível psicomotor, visto não apresentar sinais desviantes (Fonseca, 2010).

Na avaliação final, após a soma das cotações dos vários fatores psicomotores, foi adquirido o perfil Bom (Fonseca, 2010), sendo também observada uma melhor autorelaxação, movimentos mais controlados, maior segurança gravitacional e controlo do corpo (Fonseca, 1984). Os fatores psicomotores que apresentam maiores evoluções são a Estruturação espaciotemporal e o Equilíbrio, podendo ter como motivo o facto de nas várias sessões estarem presentes objetivos específicos relativos aos mesmos. Na leitura do relatório do ano letivo anterior, estes foram dois dos fatores apontados pela TSEER como indispensáveis trabalhar ao longo dos apoios de Psicomotricidade, sendo também pontos de influência na definição dos objetivos para as sessões.

O Eduardo sempre demonstrou insegurança na comunicação com os outros, utilizando um tom mais baixo e tímido e preferindo sempre falar com as pessoas que lhe eram mais próximas (APA, 2013). Esta dúvida e incerteza relativamente às suas capacidades demonstraram uma criança também retraída (APA, 2013). O Eduardo apresentava dificuldades em se exteriorizar, quando era solicitada a sua opinião (Nielsen, 1999). As atividades em grupo promoveram as evoluções relativas a tais questões. Assim, é de acrescentar que também o apoio em grupo favoreceu o Eduardo, no sentido em que

o motivou, lhe deu autoconfiança e o tornou menos inibido em certas atividades, participando cada vez mais nas tarefas e atividades da sessão, expondo estratégias de resolução para certas situações problema, solicitadas pela técnica (Fonseca, 1999; Silva e Cavalari, 2008).

Esta criança foi demonstrando uma melhor organização motora e maior confiança nos seus próprios movimentos, observando-se também segurança na realização de certas atividades e um leque mais variado de opções para executar determinada tarefa (Silva e Cavalari, 2008). A psicomotricidade, como apoio lúdico e terapêutico, proporcionou ao Eduardo novas experiências para conhecer o seu corpo e criar novas ideias do que realmente pode fazer com o mesmo (Fonseca, 1976).

Desta forma, com o objetivo de dar continuidade a estas evoluções, este indivíduo deverá permanecer com os apoios de Psicomotricidade uma vez por semana, em grupo, com o intuito de melhorar a regulação do seu tônus, a definição de uma lateralidade mais madura e manter todos os outros pontos fortes, com o foco na progressão das suas aprendizagens.

I.8 Estudo de Caso – Iara

A Iara, nome fictício, tem 9 anos, foi diagnosticada com uma Dificuldade de Aprendizagem Específica, associada a uma Instabilidade Emocional e dificuldades psicomotoras. No presente estudo, a criança frequenta o 3.º ano do Ensino Primário, na Ericeira.

I.8.1 Identificação

A Iara nasceu em novembro de 2008, vive neste momento com a mãe, com a irmã mais nova e com um tio. Devido à separação dos pais, o contacto com o mesmo é irregular.

No desenvolvimento socioafetivo, a Iara apresenta uma boa relação com a mãe, evidenciando para com os outros, dificuldades de socialização e interação.

A Iara é uma criança tímida, frágil e muito insegura, revelando instabilidade emocional. Mãe está desempregada e é apoiada pela Associação Portuguesa para a Promoção da Dignidade Humana.

I.8.2 Caracterização da Patologia – Dificuldade de Aprendizagem Específica/Instabilidade Emocional

Uma criança com dificuldades de aprendizagem pode apresentar questões ao nível da fala, na compreensão daquilo que é lido, na escrita e nas competências para resolver problemas (Nielsen, 1999). Segundo o mesmo autor, este tipo de indivíduos manifestam um padrão

de características que podem ser importantes para a deteção deste diagnóstico, sendo as seguintes: dificuldades na manipulação de objetos em pinça fina, défice de atenção, hiperatividade, impulsividade, escassez de capacidades organizacionais, dificuldades na coordenação ao nível da perceção, dificuldades em uma ou mais áreas académicas, um desempenho inconstante e imprevisível ao nível das avaliações formais, dificuldades de coordenação visuo-motora, alterações no foro neurológico, entre outros (Nielsen, 1999);

De acordo com Monedero (1989); Martín (1994); Bryan (1991) e (Baird, Scott, Dearing e Hamill, 2009) os problemas emocionais são uma das características associadas às Dificuldades de Aprendizagem, pois vários estudos apresentam desequilíbrios emocionais mais recorrentes nos indivíduos em questão, quando comparados com os seus pares sem dificuldades de aprendizagem. Os mesmos autores referem que estes desequilíbrios podem ser explicados através do seu défice ao nível da organização neurológica e, portanto, uma resposta às dificuldades e insucessos que experienciam durante o seu percurso escolar e pessoal (Monedero, 1989; Martín, 1994; Bryan, 1991). Na continuação desta perspetiva, as crianças em causa procedem de modo disruptivo e geram sentimentos negativos sobre si próprias, possuindo um autoconceito e uma autoestima inferior aos seus pares, isto porque, em vez de memorizarem capacidades que conseguem fazer corretamente, estas crianças preservam aquilo que não são capazes de fazer (Mercer, 1994; Baird et al., 2009). Fonseca (1984) refere que em consequência dos constantes fracassos, os indivíduos com dificuldades de aprendizagem desenvolvem ideias erradas, relativas às suas competências, o que por sua vez, originam problemas que prejudicam as dificuldades originais.

Os indivíduos com dificuldades de aprendizagem evidenciam valores mais elevados de ansiedade, menos autoconfiança e autoestima, insegurança e uma excessiva autocritica, isto em comparação com crianças sem dificuldades de aprendizagem (Sparks e Lovett, 2009). De acrescentar a inflexibilidade relativamente à frustração e o tempo de persistência de uma determinada atividade ser reduzido em crianças com dificuldades de aprendizagem (Reaser, Prevatt, Petscher e Proctor, 2007). Segundo Fonseca (1984) e Martín (1994) as alterações emocionais mais comuns e com maiores consequências na aprendizagem de uma criança são: ansiedade, instabilidade emocional, dependência, dificuldades para reter a atenção, hiperatividade, comportamentos inadequados sem uma razão evidente, dificuldades no autocontrolo, dificuldades na adaptação ao real, dificuldades na comunicação, autoconceito e autoestima reduzidos.

1.8.2.1 Percurso Clínico, Escolar e Terapêutico

A gravidez foi desejada pela mãe, mas não pelo pai. Durante a mesma, a mãe teve alterações ao nível emocional, comportamentos depressivos, tensão alta e anemia. Foi uma gravidez de 41 semanas vigiada, um parto de cesariana e decorreu tudo dentro da normalidade. Amamentou até aos 3 anos de idade e o desenvolvimento psicomotor da lara foi dentro do padronizado.

Relativamente a antecedentes familiares, do lado do pai existe um historial clínico de Epilepsia, convulsões e hábitos toxicómanos.

Já em relação ao seu percurso educativo, a lara frequentou durante dois anos a IPSS – Centro Social da Ericeira, no ensino pré-escolar.

No ano letivo 2014/2015 a lara entrou para o 1.º ano do Ensino Primário. No ano letivo seguinte a lara frequenta o 2.º ano, ficando retida no mesmo.

Em novembro de 2015, a lara é sinalizada para o serviço de psicologia e orientação do Agrupamento da Ericeira, para avaliação psicopedagógica, pela professora titular, devido a “muitas dificuldades de aprendizagem”. Segundo o relatório do Serviço de Psicologia e Orientação do Agrupamento, datado de novembro de 2015, a aluna foi avaliada com a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC III). Revelou um funcionamento cognitivo heterogéneo – diferença significativa entre competências verbais e de realização; um desenvolvimento desarmonico – áreas com maior maturidade, outras com maiores dificuldades; Perturbação da Aprendizagem – dificuldades que comprometem o desempenho e rendimento escolar; demonstrou também questões emocionais que afetam a aprendizagem.

Este relatório aborda ainda as maiores dificuldades da lara: memória visual, pouca capacidade de concentração, pouco interesse e atenção ao meio envolvente, falta de capacidade de planeamento, dificuldades percetivas e/ou visuo-motoras, pensamento concreto e dificuldades na formação de conceitos visuais. Pelo contrário, os melhores resultados foram obtidos ao nível da capacidade de conceptualização verbal, raciocínio lógico, bom nível de abstração e capacidade de insight. No geral, a escala demonstrou um resultado abaixo do esperado para a faixa etária.

A Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar (BAPAE), também aplicada à lara, demonstra um resultado global abaixo da média.

Após esta avaliação, a mesma Dr.^a sugeriu uma avaliação de consultas de oftalmologia, otorrino e de desenvolvimento. Até ao momento a lara não foi chamada.

Aconselhou também uma avaliação pela equipa de Educação Especial e a sua integração no Decreto de Lei n.º 3/2008.

Desde o ano letivo 2015/2016 a lara encontra-se ao abrigo do decreto de Lei n.º 3/2008, com contemplação das alíneas do regime educativo: (a) Apoio Pedagógico Personalizado e (d) Adequações no processo de avaliação.

A lara beneficia de acompanhamento em regime direto, por parte de uma docente de Educação Especial. Após avaliação do perfil com Referência à CIF, a lara tem uma Perturbação da Aprendizagem e questões do foro emocional; e limitações nas funções do corpo, atividade e participação.

No ano letivo 2016/2017 a aluna frequenta o 2.º ano pela segunda vez. Neste ano a Professora titular, juntamente com a Professora do Ensino Especial, referenciam novamente a lara e aconselham com base no relatório psicológico, o seu encaminhamento para a especialidade de pedopsiquiatria ou de neurologia psiquiátrica.

A outubro de 2016 a lara começa a receber apoio terapêutico ao nível da Psicomotricidade e Terapia da Fala, mantendo-se até ao momento.

I.8.3 Programa de Intervenção Psicomotora

A Bateria Psicomotora foi o instrumento utilizado neste estudo de caso, de forma a recolher o desenvolvimento psicomotor da criança. Apesar das sessões ocorrerem em grupo, os objetivos foram definidos individualmente.

Como tal, após a avaliação da criança com a checklist anteriormente referida, foi possível determinar um perfil psicomotor da mesma, nas várias áreas do desenvolvimento, sendo apresentado na tabela 18.

Tabela 18 – Perfil da lara, com base nos resultados da Avaliação Inicial.

Perfil da lara	Áreas Fortes	Áreas a melhorar
Tonicidade	✓	
Equilíbrio		✓ *
Lateralização	✓	
Noção do Corpo	✓	
Estrutu. Espaço-temporal		✓ *
Praxia Global		✓ *
Praxia Fina	✓	
É de realçar que todas as tarefas foram realizadas de forma correta e sem grandes dificuldades, destacando-se as áreas a melhorar como as mais fracas da avaliação;		

Com base nestes resultados, foi realizado um programa psicomotor com o intuito de orientar as sessões ao longo dos 6 meses de estágio. O programa foi desenvolvido no contexto de ginásio, em grupo com o Eduardo. Como tal, seguidamente serão

apresentados, com maior detalhe os objetivos gerais, objetivos específicos, as estratégias e se foram ou não atingidos os mesmos objetivos após a avaliação final.

Tabela 19 – Programa de Intervenção Psicomotora da Iara.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais	Objetivos Atingidos
Desenvolver a Tonicidade	Promover a regulação do tônus muscular	Ser capaz de nomear as tensões sentidas no seu corpo;	Parcialmente Alcançado
Melhorar o Equilíbrio	Diminuição da insegurança gravitacional; Promover o equilíbrio estático e dinâmico;	Ser capaz de realizar atividades sem hesitações, quedas e reequilibrações;	Alcançado
		Ser capaz de se manter imóvel durante um período tempo, nas diversas formas de apoio (pontas dos pés, apoio unipodal, pé ante pé);	Alcançado
		Ser capaz de executar saltos em pés juntos e de apoio unipodal, sem desvios de direção e reequilibrações;	Parcialmente alcançado
Promover a Lateralidade	Promover a distinção do lado direito e esquerdo;	Ser capaz de reconhecer o lado direito e esquerdo, no seu corpo e no outro – lateralidade cruzada;	Alcançado
		Ser capaz de coordenar a utilização dos membros do lado direito e esquerdo, ao mesmo tempo;	Alcançado
Promover a Noção do Corpo	Promover a imitação de gestos simples e sequenciados, e posturas corporais; Incentivar a diferenciação dos vários segmentos corporais;	Ser capaz de executar 2 das 4 imagens através de gestos;	Alcançado
		Nomear corretamente os segmentos mais específicos do corpo – dedos das mãos, cotovelo, tornozelo, pulso, nuca, joelho;	Parcialmente Alcançado
Incentivar a Estruturação espacial e temporal	Promover a organização espacial dos objetos e do seu corpo no espaço; Desenvolver a organização topográfica; Promover a noção de ritmo;	A criança deve ser capaz de organizar objetos à mesma distância, num determinado percurso;	Alcançado
		Ser capaz de se localizar a si próprio ou a objetos no espaço, compreendendo as instruções – atrás, frente, cima, baixo, lado direito e esquerdo;	Alcançado
		Ser capaz de identificar noções de ritmo – devagar e rápido;	Alcançado
		Produzir 2 das 4 sequências rítmicas;	Alcançado
Melhorar a Praxia Global	Incentivar a coordenação oculomanual e oculopodal;	Ser capaz de regular a força e a direção de forma a acertar no local respetivo;	Alcançado
		Ser capaz de conseguir dissociar os membros do seu corpo, reproduzindo sequências de movimentos;	Alcançado
Melhorar a Praxia Fina	Melhorar a preensão fina e a destreza oculomanual; Promover a coordenação dinâmica manual;	A criança deve ser capaz de utilizar as duas mãos de forma coordenada em atividades de enfiamentos;	Parcialmente Alcançado

I.8.4 Apresentação e Discussão dos Resultados da Intervenção

A avaliação inicial executou-se com uma checklist de acordo com os objetivos já delineados anteriormente para a respetiva criança.

A aplicação da avaliação inicial concretizou-se em duas sessões de 45 minutos, uma individual e outra em grupo, nos dias 18 e 25 de janeiro de 2018, ambas no ginásio da escola, na parte da manhã, respetivamente.

Após analisados os resultados da aplicação inicial foi construído um Programa Psicomotor com o intuito de objetivar as sessões, melhorar as áreas cujos resultados foram mais baixos e aperfeiçoar os pontos fortes.

A avaliação final realizou-se em duas sessões de 45 minutos, a primeira em grupo e a outra individual, nos dias 24 de Maio e 7 de Junho do mesmo ano, uma no ginásio e a outra na sala do prolongamento da escola com mesas e outros materiais, ambas na parte da manhã, pertencente ao horário dos apoios terapêuticos.

Relativamente à estatura da criança, esta é endomorfa, visto ter uma constituição física caracterizada por uma estrutura óssea forte e pelo fácil ganho de peso (Fonseca, 2010).

1.8.4.1 Bateria Psicomotora

Ao nível dos Fatores Psicomotores, segue a descrição dos resultados da aplicação da Checklist, e posteriormente, um gráfico com os resultados gerais, os pontos fortes, os fatores a melhorar e o respetivo perfil psicomotor.

1.8.4.1.1 Tonicidade

Em geral, a criança realizou todas as atividades deste fator psicomotor de forma correta e controlada, sem grandes dificuldades. De acrescentar que em ambas as avaliações foi observado o mesmo desempenho nos vários itens deste fator. Apenas no item da extensibilidade dos membros superiores a criança demonstrou menos resistência a realizar as atividades.

Relativamente à extensibilidade, no item dos membros inferiores, existiu a facilidade da extensão dos músculos adutores e extensores da coxa, realçando ângulos entre os 100º e os 140º graus. Ao nível do quadricípite femoral, o indivíduo apresentou alguns sinais de resistência, tendo mesmo assim um afastamento entre os 15 e os 20 cm. Nos membros superiores, executou em todos os itens tudo o que era pretendido, revelando sinais mínimos de resistência, principalmente no toque dos cotovelos atrás das costas. De realçar que estas resistências diminuíram na avaliação final.

No que diz respeito à Paratonia, é possível identificar um abandono dos membros superiores e inferiores, representando uma correta autodescontração, apresentando ainda assim ligeiras resistências, principalmente de ambos os membros do lado direito.

Ao longo da aplicação da checklist, o indivíduo manifesta sincinesias, ou movimentos faciais.

Relativamente a este fator psicomotor, a criança demonstrou uma realização correta dos vários itens, com reduzidas resistências e instabilidades. A Lara apresentou durante as duas avaliações um perfil hipotónico, realçando a sua fácil extensibilidade e os reduzidos movimentos impulsivos e involuntários (Fonseca, 2010). Este perfil hipotónico não deve ser comparado com a reduzida atividade motora referida pela literatura (Fonseca, 1984; Fonseca e Oliveira, 2009), visto a criança manifestar um correto controlo postural e do próprio corpo.

1.8.4.1.2 Equilibração

Na avaliação inicial, os itens do equilíbrio estático foram onde o indivíduo demonstrou mais dificuldades na execução dos mesmos, tal como referido pela literatura (Fonseca, 1984). Também na avaliação final se notam cotações inferiores neste subfactor, realçando que existiram evoluções em todas as atividades da equilibração.

Em ambas as aplicações, no item da imobilidade, observam-se movimentos faciais, a pressão ocular para manter os olhos fechados, alguns desvios e reequilibrações do corpo, sendo que a criança conseguiu manter-se no mesmo local e de olhos fechados cerca de 50 segundos. Na aplicação inicial, no subfactor do apoio retilíneo e nas pontas dos pés, o indivíduo fica em equilíbrio cerca de 15 segundos, demonstrando algumas expressões faciais e reequilibrações para o controlo do corpo na posição correta. Na aplicação final existiu uma evolução no item do apoio retilíneo, verificando-se um maior controlo do corpo e por sua vez mais tempo na mesma posição. No apoio de um pé, na checklist inicial, a criança apoiou-se no pé esquerdo, revelando grandes dificuldades em equilibrar-se na mesma posição durante o tempo previsto, executando esta tarefa em menos de 10 segundos e com reequilibrações permanentes. Também neste item, foi observado um grande progresso na avaliação final, conseguindo manter-se na mesma posição, com o pé esquerdo, cerca de 15 segundos e demonstrando um melhor controlo postural.

No equilíbrio dinâmico, todos os subfatores foram realizados de forma controlada e correta, na sua maior parte, em ambas as aplicações. Na marcha controlada, a criança apresentou ligeiras reequilibrações sem nenhum desvio de direção, demonstrando na aplicação final um melhor controlo do corpo, com maior segurança gravitacional. Ao nível da trave, na avaliação inicial, no item para trás, para a direita e para a esquerda, o indivíduo demonstrou ligeiras reequilibrações, hesitações e instabilidade gravitacional, mas sem quedas e sinais disfuncionais. Já na avaliação final, todas as atividades relacionadas com

a evolução da trave foram realizadas com um maior controlo e segurança gravitacional, existindo progressos nas cotações das mesmas.

No que se refere aos saltos de pé-coxinho, na avaliação inicial, a própria criança disse que com pé direito se “cansava mais”, existindo com este pé um grande desvio direcional, reequilibrações mais descontroladas e movimentos dos braços mais amplos. Com o pé-coxinho esquerdo, o indivíduo demonstrou ligeiras reequilibrações e desvios de direção. De referir que na avaliação final, observaram-se saltos mais controlados e não existiram desvios de direção.

Na aplicação inicial, no item dos saltos de pés juntos, apenas para trás se verificou maior insegurança gravitacional, aumentando a base de sustentação e, portanto, afastando os pés. Os saltos de pés juntos para a frente e posteriormente de olhos fechados, o indivíduo realizou os subfatores de forma controlada, com ligeiros sinais de reequilibrações. Na aplicação final, também se observaram evoluções no controlo do corpo, o movimento era mais preciso e planeado, demonstrando progressos na realização destes itens. Apenas de olhos fechados se mantiveram as reequilibrações.

No que se refere ao equilíbrio, a criança demonstrou ligeiros problemas, tal como mencionado pelo autor Fonseca (1984). Muitas vezes a criança, quando fazia uma tarefa de forma incorreta, a própria tinha a consciência que não tinha executado com sucesso, e por sua vez, desistia afirmando que não conseguia, o que demonstra aqui, algumas fragilidades na sua autoestima (Fonseca, 1984 e Martín, 1994).

1.8.4.1.3 Lateralidade

Neste fator psicomotor, verifica-se um perfil de lateralidade DDDD, em ambas as avaliações. Ao nível ocular, a criança realizou as duas atividades, com o olho direito, sendo o olho preferencial do indivíduo. Ao nível auditivo, a criança realizou as duas atividades com o ouvido direito, realçando que quando foi para ouvir o relógio, ouviu do ouvido esquerdo. A mão e o pé preferencial da criança são o direito, visto as atividades realizadas com o lado direito. De acrescentar que se verificaram menos hesitações na concretização dos vários itens.

Neste caso, os subfatores da lateralidade foram realizados, tal como já foi referido, sem hesitações e dúvidas relativas ao olho, ouvido, mão e pé que teria de utilizar nas devidas tarefas. Desta forma, a criança não demonstra as dificuldades referidas na literatura, no que se refere a este fator psicomotor (Fonseca, 1984).

1.8.4.1.4 Noção de corpo

De modo geral, todos os itens deste fator foram realizados corretamente e de forma controlada. Nas duas avaliações, inicial e final, os resultados foram iguais. No sentido cinestésico, todas as partes do corpo eram conhecidas, residindo maior dificuldade ao nível específico do nome dos dedos das mãos. Quando questionado a lateralidade da parte do corpo, esta era dita sem hesitação.

O reconhecimento da direita/esquerda aconteceu de forma correta e controlada, existindo a consciência no seu corpo e no outro.

Ao nível da autoimagem, o indivíduo também executou o item de forma controlada e precisa, realizando um movimento coordenado dos braços e tocando todas as vezes na ponta do nariz.

Relativamente à imitação de gestos, a criança apenas realizou corretamente a primeira imagem, executando as seguintes de forma descoordenada ou incompleta e revelando maior dificuldade neste item (Fonseca, 1984; Costa, 2008). Neste subfactor foi possível observar uma ligeira evolução, pois a criança conseguiu executar corretamente, na avaliação final, duas das quatro imagens. De acrescentar que as restantes, a criança realizava de forma incompleta.

No desenho do corpo, na aplicação inicial, a criança realiza um corpo simétrico e pormenorizado – olhos, nariz, boca, cabelo, braços, mãos, pernas e sapatos. Utiliza apenas a cor preta para desenhar todo o seu corpo. Na avaliação final é importante realçar que a criança já utilizou a cor rosa e manteve os pormenores relativos ao seu corpo.

Relativamente aos subfactores deste fator psicomotor, apenas residiram mais dificuldades na imitação de gestos (Fonseca, 1984; Costa, 2008). No desenho do corpo, a cor utilizada no desenho da primeira avaliação pode traduzir os sentimentos negativos que a criança tem sobre si própria e a sua reduzida auto-estima (Mercer, 1994).

1.8.4.1.5 Estruturação espaço-temporal

Ao nível geral os itens deste fator realizaram-se de forma controlada e correta, sem grandes dificuldades. Na aplicação inicial, no subfactor da organização espacial, a criança demonstrou apenas ligeiras dificuldades no tamanho das passadas, existindo no final o alargamento ou encurtamento dos passos de forma a executar o número certo. O cálculo foi feito corretamente em grupo. Na aplicação final, esta tarefa foi realizada de forma precisa e controlada, existindo um melhor planeamento motor e por sua vez, menos

hesitações na realização das passadas. O tamanho dos passos era pensado inicialmente, mantendo-o até ao final do percurso.

Na estruturação dinâmica, em ambas as avaliações, o indivíduo apenas demonstrou ligeiras dificuldades ao nível da memória a curto prazo, por troca da orientação ou inclinação do lápis.

O item da representação topográfica demonstrou uma dificuldade na organização visuo-espacial, realizando o desenho com alguma impulsividade e desorientação, traduzindo por vezes, a incorreta orientação do papel e dos objetos que se encontravam no ginásio, relativamente a si própria (Fonseca, 1984; Fonseca e Oliveira, 2009; Costa, 2008). A parte do percurso foi feita corretamente, lembrando toda a sequência de locais que se deveria dirigir. Na avaliação final foi executado um desenho do local onde estávamos, mais orientado. Mais uma vez, a criança realizou de forma correta o percurso delineado previamente.

Ao nível da estruturação rítmica, na aplicação inicial foi observada uma maior dificuldade na parte de lembrar as sequências de toques (Fonseca, 1984; Fonseca e Oliveira, 2009), executando menos tempo entre os toques, acrescentando-os ou esquecendo-se de algum destes. A criança apenas realizou corretamente duas das cinco estruturas. Na checklist final, a criança demonstrou uma melhor memória a curto prazo e por sua vez, um planeamento motor mais adequado à atividade. Nesta aplicação a criança conseguiu realizar todas as sequências corretamente.

As dificuldades da criança relativamente aos itens deste fator psicomotor manifestaram-se na memória a curto prazo, ao nível espacial e rítmico (Fonseca, 1984; Fonseca e Oliveira, 2009; Costa, 2008). Na primeira avaliação, a sua orientação no espaço foi exteriorizada com algumas dúvidas (Fonseca, 1984; Fonseca e Oliveira, 2009; Costa, 2008), estas que poderiam estar relacionadas com o medo de falhar (Mercer, 1994), mas que evoluíram e não foram observadas na avaliação final.

1.8.4.1.6 Praxia Global

Na checklist inicial, no item da coordenação oculomanual, o movimento é feito corretamente, realizando-o por baixo, sendo apenas reveladas dificuldades no controlo da força e orientação necessárias para acertar no cesto. O indivíduo acertou uma vez no cesto. Na aplicação final, a criança tanto fazia movimentos por baixo, como por cima de forma a tentar acertar no cesto. Notaram-se movimentos mais controlados ao nível da força e da direção, acertando duas vezes.

Ao nível da coordenação oculopodal, na aplicação inicial a criança conseguiu acertar uma vez entre as pernas da cadeira. Mais uma vez, existiu uma dificuldade em controlar a força e a direção necessária, sendo que a mesma ao longo das tentativas foi tendo a noção do que deveria alterar para acertar no local respetivo. Na avaliação final, existe uma melhor noção da direção a utilizar para conseguir realizar com sucesso este subfactor. Como tal, a criança consegue acertar duas das quatro vezes entre as pernas da cadeira.

Apesar das dismetrias, estas foram ligeiras e o movimento era o correto, em ambas as aplicações, o que demonstra resultados antagónicos ao que é referido pela literatura (Fonseca, 1984). A Iara executou os vários itens de forma controlada, planeada e organizada, não demonstrando sinais disruptivos e movimentos impulsivos, o que contraria os estudos mencionados na literatura (Fonseca, 1984 e Martín, 1994).

Relativamente à dissociação, na checklist inicial, existe uma maior dificuldade quando se junta os membros inferiores com os superiores, tal como referenciado pela literatura (Fonseca, 1984). As sequências apenas com os batimentos das mãos foram realizadas todas com êxito, revelando boa memória de curto prazo e coordenação entre o membro superior direito e esquerdo. No item dos membros inferiores, existe o esquecimento de um batimento na terceira e quarta repetição, não apresentando sinais dispráxicos. Na aplicação final, existe um progresso no item dos membros inferiores. Verifica-se uma melhor coordenação entre os membros superiores e inferiores, realizando todas as sequências com sucesso.

Na atividade da Agilidade, inicialmente a criança realiza o fecho dos braços juntamente com o fecho das pernas. Após reforço, a mesma consegue realizar o item corretamente várias vezes seguidas. Em ambas as aplicações, a criança consegue realizar este subfactor sem dificuldades.

1.8.4.1.7 Praxia Fina

Em ambas as aplicações foram cotadas os mesmos resultados. O item da coordenação dinâmica manual demonstrou alguma instabilidade por parte da criança. Esta desistiu várias vezes, por perceber que estava a demorar muito tempo a separar os cliques. A parte de desencaixar a pulseira, foi a que demorou a maior parte do tempo, sendo que apenas depois de retirar quase todos os cliques é que houve a compreensão do movimento certo para realizar a atividade de forma mais rápida. Não se manifestaram sinais dispráxicos e a apreensão é madura, existindo a pega fina do clipe. De realçar que na aplicação final, mantiveram-se iguais dificuldades neste item, na compreensão do movimento correto para

encaixar e desencaixar facilmente os cliques, mas apesar disso a criança conseguiu um melhor tempo nesta atividade, mantendo-se a mesma cotação. Neste item, ao contrário dos itens da Praxia Global, já foram expostas algumas dificuldades no planeamento e execução dos movimentos corretos e precisos para realizar a atividade com sucesso (Fonseca, 1984). Mesmo assim, é importante acrescentar que os resultados podem ter surgido devido à dificuldade na compreensão da forma mais fácil para desencaixar os cliques, visto a lara apresentar uma pega madura e contradizendo a literatura neste caso (Nielsen, 1999).

A atividade do tamborilar é realizada de forma correta, apresentando ligeiras hesitações. Apesar disso, a criança manifestou uma adequada planificação micromotora, executando a sequência certa.

No que se refere ao item da velocidade-precisão, a criança realiza alguns pontos junto aos limites das quadrículas, mas nunca os ultrapassando. As cruces, por vezes, têm uma orientação diferente (+), e/ou partes constituintes fora das quadrículas. De acrescentar que apesar disso, este item é realizado de forma controlada e sequencial, nunca saltando nenhuma quadrícula, sem revelar dismetrias e sinais dispráxicos.

O gráfico da figura 6 seguinte representa as cotações obtidas na avaliação da Bateria Psicomotora, salvaguardando que podem não ser os resultados reais da criança, devido a condições adversas que podem não ter sido controladas.

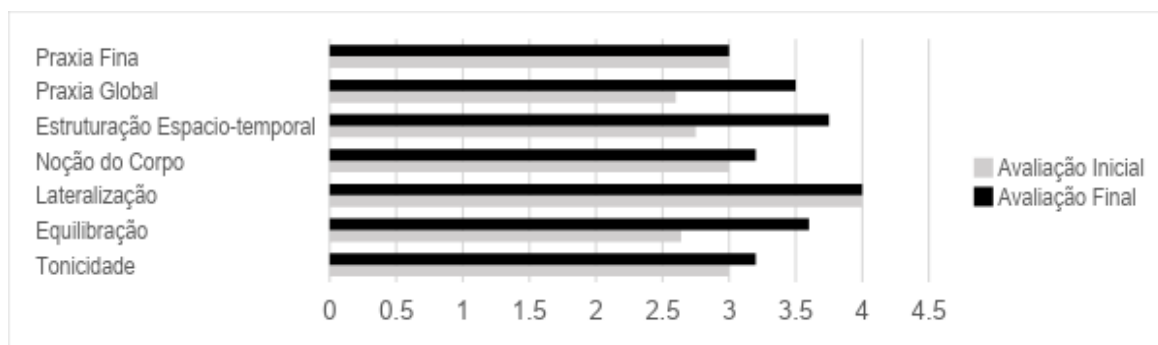


Figura 6 – Resultados obtidos nos fatores psic motores, na avaliação inicial e final da BPM, da lara.

A partir deste gráfico é possível determinar que existem várias áreas que devem ser estimuladas e desenvolvidas, reforçando e não esquecendo os pontos fortes.

Mediante a cotação de todos os itens, o perfil psicomotor do indivíduo, em ambas as avaliações, é o Bom. Não existe nenhum fator psicomotor em que a sua cotação geral seja inferior a 3, mas poderão existir itens onde a sua realização poderá ser fraca ou apresentar sinais desviantes (Fonseca, 2010). Apesar destes resultados a lara apresenta

dificuldades de aprendizagem que poderão ser resultado de algum fator menos maduro. Ao longo da Intervenção com este estudo de caso, foi possível observar evoluções ao nível da autorelaxação, movimentos mais controlados e precisos, maior segurança gravitacional e controlo do corpo em determinadas atividades (Fonseca, 1984). Sendo sessões de grupo, os resultados da Lara e do Eduardo foram semelhantes. Relativamente aos fatores psicomotores onde ocorreram evoluções mais significativas, destacam-se a Equilibração, a Estruturação Espaço-temporal e a Praxia Global (figura 6). O último fator poderá ser consequência da maior confiança nos seus próprios movimentos e, por sua vez, do maior controlo e precisão dos movimentos.

A Lara ao longo do ano letivo, demonstrou ser uma criança pouco proativa, introvertida, sem iniciativa para ser a primeira, sem vontade de mostrar aquilo que sabia, resguardando as suas capacidades para si própria (Mercer, 1994). Tal como referem os autores Fonseca (1984) e Mercer (1994), a Lara tinha os seus receios de participar, desistia quando não conseguia à primeira ou simplesmente dizia não conseguir, sem mesmo tentar executar a atividade. De realçar que quando a Lara não tinha a certeza da resolução mais correta para o problema exposto, a mesma esperava que o colega realizasse para fazer da mesma maneira. Esta criança confiava mais nas capacidades do colega, do que nas suas, demonstrando uma auto-estima reduzida (Fonseca, 1984; Martín, 1994). Como tal, o apoio em grupo, favoreceu a Lara, no que se refere às atividades onde a mesma deveria dar a sua opinião ou em atividades de cooperação. Também os apoios de Psicomotricidade favoreceram o aumento da persistência e as várias soluções de resolução de problemas e estratégias para ultrapassar as atividades solicitadas (Silva e Cavalari, 2010). Foi possível verificar uma maior autoconfiança em certas tarefas e um pensamento mais maduro e proativo, uma criança mais dedicada e persistente nas atividades (Silva e Cavalari, 2010).

Ainda assim, este indivíduo deverá continuar com os apoios de Psicomotricidade uma vez por semana, em grupo, com o intuito de melhorar a sua autoconfiança, a definição de uma melhor noção do corpo, uma lateralidade mais madura e manter todos os outros pontos fortes, de forma a progredir nas suas aprendizagens.

1.9 Reflexão Pessoal sobre a intervenção em grupo – Eduardo e Lara

Duas crianças. Tão iguais e tão diferentes. Ambas com dificuldades de aprendizagem, e com outras perturbações associadas, retraídas, ainda mais tímidas quando me vêm no primeiro dia, na minha apresentação, por ser uma pessoa que ambos desconheciam (APA, 2013; Mercer, 1994). Foi-lhes proposto inicialmente colocarem-me perguntas que achassem pertinentes e tivessem curiosidade para me conhecer, achei importante deixá-

los à vontade para isso, mas existiu um longo período de silêncio antes de um deles ter a iniciativa para tal. Antes de qualquer fator psicomotor era importante criar uma relação estável, sólida e segura com eles.

No início observei fatores psicomotores que necessitavam de ser melhorados, em ambas as crianças. Tal como referido na literatura, um desenvolvimento psicomotor debilitado estará inevitavelmente relacionado com dificuldades de aprendizagem (Fonseca, 1984). Eles próprios ainda tinham descobertas para fazer dos movimentos do seu próprio corpo e no conhecimento um do outro. A Lara sempre mais retraída, aguardando que o seu colega realizasse a atividade para executar da mesma forma, o Eduardo, mais impulsivo não na comunicação, mas nos movimentos e sempre pronto a mostrar as suas capacidades em primeiro lugar. Seria um desafio sem dúvida, porque apesar de existirem pontos comuns, iriam apoiar-se mutuamente nos pontos contrários, um iria incentivar o outro e eu seria um mediador da relação e da comunicação verbal e não verbal.

Ao longo do ano letivo, foram criadas certas atividades onde a técnica solicitava a resolução de determinados problemas e, como tal, deve realçar-se a autoestima da Lara, que desde logo dizia que não sabia. Esta timidez ao longo das sessões, foi reduzindo e presenciou-se o aumento da segurança e confiança nas suas palavras e movimentos (Fonseca, 1999). Observou-se que no final, já era a Lara a querer ser a primeira, sem ser necessária a solicitação do adulto, o que por si só já era uma vitória. O facto de estarem sempre a fracassar ao nível do percurso escolar, formou ideias contrárias às reais capacidades destas crianças e como tal, o distanciamento a novas experiências. Deste modo, nas sessões de grupo, também foi adicionado como objetivo, criar um ambiente confortável, propício à formação de novas ideias relativas às habilidades que estas crianças eram capazes de executar com o seu corpo. Mostrar que não eram inferiores aos seus pares e não se deveriam sentir como tal (Martín, 1994; Bryan, 1991; Monedero, 1989).

Apesar de impulsivo, o Eduardo também demonstrou alguma insegurança - na marcha, esta criança andava sempre retraída e com passos pequenos; e no tom das suas palavras, baixas e tímidas. Era necessário ao longo da sessão, por várias vezes, pedir à criança para falar mais alto e de forma correta para se conseguir fazer entender para os colegas e técnicas.

Um apoio para criar confiança neles próprios e nas atividades que executavam era no final de cada sessão questionar as atividades que foram mais fáceis e difíceis e quais as que gostaram mais e menos. O que facilitava a escolha das atividades que poderia fazer na semana a seguir e o que deveria adaptar ou complexificar. Mesmo assim, por vezes

sentia dificuldades em criar atividades com o mesmo nível de dificuldade para ambas as crianças, visto em alguns fatores serem diferentes. Foi importante, neste grupo, perceber que mesmo com perturbações semelhantes, não podemos basear-nos na literatura para criar atividades psicomotoras, pois cada pessoa tem uma personalidade e necessitamos de a conhecer para conseguir alcançar os objetivos fulcrais da intervenção, e para que as aprendizagens desenvolvidas durante os apoios tenham repercussões e ganhos no quotidiano da criança. Além disso, um desafio e uma grande aprendizagem foi a possibilidade de poder criar sessões de psicomotricidade para grupos, arranjar estratégias para adaptar as atividades a cada indivíduo e os próprios ajudarem-se mutuamente no sentido de ambos terem sucesso na tarefa solicitada. De forma a melhorar a intervenção psicomotora com os vários estudos de caso e com os indivíduos acompanhados durante o período de estágio foi criado um projeto para integrar na instituição. Posto isto, no capítulo seguinte estão apresentados com maior detalhe os seus objetivos, exemplos de atividades e implementação deste nas várias valências constituintes da APERCIM.

II Parte: Projeto de Intervenção

Segundo Dotti (2006); Oliva (2010) a Terapia Assistida por Animais (TAA) refere-se a um serviço correlacionado com a área da saúde, usufruindo do animal como intermédio para prestar os devidos cuidados e tratamentos. Este tipo de terapia tem objetivos claros e definidos, tendo como propósito a promoção das áreas motora, social, emocional e/ou cognitiva (Dotti, 2006; Burgon, 2011); Dietz, Davis, e Pennings, 2012). Além disso, é de realçar o aumento da serotonina, providenciando melhorias nos estados de dor, estimulando a memória, a comunicação e a envolvimento do indivíduo com as atividades, a diminuição da ansiedade e o aumento a alegria (Dotti, 2006). Machado, Rocha, Santos e Piccinin (2008) acrescentam a TAA como uma terapia que poderá ser colocada em áreas correlacionadas com o desenvolvimento psicomotor, desenvolvimento sensorial, perturbações físicas, mentais, emocionais, limitações ao nível da socialização e na melhoria da autoestima.

Os cães são os mais escolhidos nas sessões de TAA, não só pela relação entre Homem-Cão ser mais antiga, mas também por estes animais serem mais afáveis, de fácil socialização e aceitação por parte dos indivíduos (Dotti, 2006; Jofré, 2005). De acrescentar que este tipo de animal é mais fácil de transportar para qualquer local onde vá ocorrer a sessão de terapia e adapta-se facilmente ao contexto e às atividades estimuladas para a mesma (Dotti, 2006; Jofré, 2005).

As patologias, limitam em certos níveis alguns fatores psicomotores, sociais, comunicativos, entre outros, o que dificulta a criança ou o indivíduo a explorar o envolvimento e comprometendo por sua vez, o seu desenvolvimento (Silva, 2009).

Os autores Almeida e Vaccari (2007) referem que umas das principais vantagens, comum a todos os estudos de terapia assistida com animais, é o facto da relação que é estabelecida entre o indivíduo e o animal, que ocorre de uma forma simples e genuína, entre o indivíduo, o meio e os outros, através de uma comunicação não verbal.

Além disso, nos seus estudos, referem melhorias ao nível do equilíbrio e da atenção (Almeida e Vaccari, 2007). Kobayashi *et al.* (2009) evidencia também a terapia assistida por animais promotora de questões relacionadas com a melhoria do humor, da autoestima e da recuperação de memórias, potenciando também a estimulação sensorial e a interação.

II.1 Protótipo

O projeto a pôr em prática na instituição APERCIM, seria um canil terapêutico, oferecendo assim diversas atividades às valências da Instituição. Antes da sua concretização existiria uma formação prévia, executada por uma instituição prestigiada para tal, de forma a assegurar todos os conselhos e cuidados a ter neste tipo de intervenção. Seguidamente, serão apresentados de modo mais descritivo:

Tabela 20 – Atividades e objetivos realizados pelo projeto, nas várias valências da instituição.

Valência	Descrição das Atividades	Objetivos
ELI – Intervenção Precoce	Envolvimento com a família na passagem de estratégias para aquelas que têm animais de estimação; Visitas ao contexto educativo; Utilização em sessões;	Intervenção sistémica com os contextos onde a criança está inserida; Promoção do desenvolvimento global; Promoção da Inclusão;
Centro de Recursos para a Inclusão	Os animais seriam utilizados pelos técnicos para dinamizar as diferentes terapias com as crianças e jovens com necessidades educativas especiais, dentro e fora da instituição;	Apoio nas terapias em crianças e jovens com limitações ao nível da socialização; Melhoria da autoestima; Desenvolvimento psicomotor; Promoção do desenvolvimento e/ou melhoria das áreas cognitiva, sensorial, motora e social; Melhoria do relacionamento interpessoal; Diminuição do comportamento impulsivo;
Centro de Atividades Ocupacionais/Lar	Seria determinado um grupo por semana, com a responsabilidade de cuidar dos animais (alimentação, água, levar a passear, escovar, dar banho e atenção, entre outros), duas vezes por dia; Animal poderia ser utilizado em sessões de psicomotricidade; Estimulação sensorial para casos de Multideficiência;	Melhoria da autoestima; Desenvolvimento da Autonomia; Melhoria do relacionamento interpessoal; Desenvolvimento psicomotor; Promoção do desenvolvimento e/ou melhoria das áreas cognitiva, sensorial, motora e social;
Creche	Definidas atividades no âmbito preventivo, para promover o desenvolvimento das crianças;	Promoção do desenvolvimento global; Melhoria da autoestima; Desenvolvimento psicomotor; Promoção do desenvolvimento e/ou melhoria das áreas cognitiva, sensorial, motora e social;

II.2 Operacionalização do Projeto – Primeiros Passos para Implementar:

- Local onde poderíamos colocar o canil – na parte de trás da instituição;
- Patrocínios:

Para a construção do canil – AKI



Material e objetos, alimentação – Pombal Azul, Continente



Vacinação, tosquias, cuidados a ter com os animais – Clínica Veterinária de Mafra;
Hospital Veterinário Atlântico; Bichos e Companhia;



BICHOS & COMPANHIA
CONSULTÓRIO MÉDICO | VETERINÁRIO

- Formações – Pós-graduação Terapia Assistida por animais no ISPA (<http://www.ispa.pt/cursos/terapia-assistida-por-animais-6-edicao>); Workshop dado pela Universidade Fernando Pessoa (<http://www.ufp.pt/terapiasanimalis>); cursos de formação pela ÂNIMAS (http://animasportugal.org/index.php/projetos_atividades/item/1);

II.3 Aplicação em Estudos de Caso

II.3.1.1.1 Intervenção Precoce:

- **Sessões Individuais** – O cão seria utilizado nas atividades psicomotoras de forma a promover a marcha controlada, o equilíbrio, o apoio unipodal sempre com o auxílio do cão; em atividades de relaxação/sensoriais, com a passagem das várias partes do corpo no pêlo do cão; vestir o animal para promoção da praxia fina, escovagem do animal para desenvolver a lateralidade cruzada; Aprendizagem de gestos necessários para a comunicação com os pares, com o devido apoio do animal como motivação à criança;
- **Sessões de Grupo** – O cão seria utilizado para existir a cooperação do grupo, a inclusão das crianças com Necessidades Educativas Especiais; estimulação sensorial para o desenvolvimento global da criança;
- **Sessões com a Família** – Apresentação de algumas atividades que podem ser realizadas com o animal doméstico de forma a promover áreas em desenvolvimento; Dar a devida autonomia à criança, para a própria realizar os cuidados do animal; Importância na família na realização das atividades;

II.3.1.1.2 Centro de Recursos para a Inclusão:

- **Sessão individual** – O cão seria utilizado nas atividades psicomotoras, com o intuito de dar motivação à criança para a realização das mesmas. Promoção da marcha controlada, do equilíbrio, os saltos a pés juntos e o apoio unipodal sempre com o auxílio do cão; em atividades de relaxação/sensoriais, com a passagem das várias partes do corpo no pêlo do cão; vestir o animal para promoção da praxia fina, escovagem do animal para desenvolver a lateralidade cruzada;

- **Sessão com a Família** – Apresentação de algumas atividades que podem ser realizadas com o animal doméstico de forma a promover áreas em desenvolvimento; Dar a devida autonomia à criança, para a própria realizar os cuidados do animal; Importância na família na realização das atividades;

Conclusão

De uma forma geral, e com base nos resultados obtidos ao longo deste estágio, a Psicomotricidade é um apoio que deveria de estar presente no desenvolvimento de todas as crianças, pelas suas características lúdicas e por todas as questões que promove (Macedo, 2009; Vale, 2007). Nas várias valências, foi possível ver que a psicomotricidade tem diversas perspetivas, mas todas elas com o mesmo foco e objetivo. Todas elas com o intuito de otimizar os indivíduos nas suas fraquezas e salientar as suas forças, de proporcionar momentos de sorrisos, de persistência, de descoberta e de aprendizagem (Fonseca, 1999; Silva e Cavalari, 2010).

Ao longo deste estágio, foi possível constatar que todos os contos criados na minha licenciatura e mestrado, eram apenas isso, contos de era uma vez e que realmente não tinham qualquer consistência no mundo atual do trabalho. O meu maior desafio, foi simplesmente aceitar que temos inicialmente que mudar certas mentalidades, para que o nosso trabalho ocorra com sucesso. Somos vistos como mais um técnico e como alguém que facilita a vida das educadoras e professores, por retirar “aquela criança que destabiliza” ou “aquela criança diferente”. Somos pessoas que ainda não têm o devido valor, onde a nossa palavra é desprezada em certas situações da vida da criança, por mais importância que a tenha.

As crianças das Unidades, que realmente necessitavam de uma intervenção com objetivos mais direcionados para a Autonomia, para o quotidiano e para a formação de um adulto responsável, então um ano inteiro dentro de salas a aprender as letras em manuscrito, não existindo a preocupação de ir ao primitivo do desenvolvimento, não existindo a necessidade de criar atividades mais lúdicas de forma a promover uma aprendizagem mais sólida.

É para mim uma preocupação perceber que muitas vezes o que poderá criar-se numa sessão de 50 minutos, possa estar a ser destruído pelos professores e educadores que desprezam o trabalho de um Psicomotricista. Lidar com a frustração do nosso reconhecimento ou mesmo do nosso trabalho ser quase como “só mais um apoio terapêutico”, fez-me pensar mais uma vez qual seria o meu papel e o que poderia fazer para mudar tais questões, não só no percurso académico e como estagiária, mas também futuramente como profissional.

Relativamente aos estudos de caso, que tive a possibilidade de acompanhar, foram de facto indivíduos e contextos completamente diferentes. Todos eles pensados ao

pormenor, não só pela sua patologia, mas pela sua personalidade e o que seria realmente importante evoluir para criar uma criança feliz e com qualidade de vida.

O Martim, talvez o maior desafio que tive até ao momento. Um caso que me fez pensar relativamente a tudo o que o envolve. Estamos num país onde temos crianças a necessitar dos apoios educativos devidos para a sua patologia, e onde são menosprezados. Um assunto que me tocou, foi o facto de selecionarem um professor de educação especial, sem qualquer formação em língua gestual. Da mesma forma, como profissional não me sentia preparada para comunicar com esta criança ou mesmo para a ensinar certos conceitos importantes na sua comunicação-mãe, para com os outros. Foi a criança que mais me fazia pensar sobre como utilizar a linguagem não verbal, encontrar formas de chegar à pessoa, de a fazer sentir o mundo noutra perspetiva, de promover estratégias para chegar mais longe, de partilhar vitórias e de proporcionar novas experiências.

A Lara, uma intervenção que me possibilitou enfrentar todos os meus medos, que me fez ver que nem tudo tem de ir pelos caminhos formais, pelos padrões e pelas formas mais técnicas que existem. Nem tudo depende de avaliações rígidas, às vezes temos de olhar com outros recursos e perspetivas. A água tem características incríveis que muitas vezes possibilitam vitórias e aliviam pressões, que noutro contexto não seria possível (Filho, 2003). De acrescentar que existem variadas patologias onde a nossa intervenção intercede apenas na manutenção da qualidade de vida e no bem-estar do indivíduo, sem pensar necessária e continuamente em fatores psicomotores. Esta criança, foi um destes casos, onde a felicidade de descobrir o seu corpo no meio aquático era manifestado em todos os sentidos. Onde os resultados de evolução foram irrisórios, no qual a sua patologia combatia com a intervenção que eu era responsável, mas onde a sua independência e tranquilidade neste meio valiam por todos os outros pontos.

O grupo da Lara e do Eduardo, experienciaram-me com resultados que respeitam a regra hierárquica da Intervenção Psicomotora. Onde trabalhei as bases dos fatores psicomotores e que por consequência evidenciaram resultados positivos nos fatores mais complexos e superiores da pirâmide, realçando-me a importância da autoestima e da segurança nas próprias capacidades e habilidades, para um desenvolvimento psicomotor também consistente e movimentos mais coordenados (Fonseca, 1999).

O grupo de CAO, que pude acompanhar na Atividade Motora Adaptada, proporcionou-me uma visão diferente relativamente à atitude da instituição perante este tipo de pessoas. Adultos, e como o nome indica, indivíduos com opiniões e responsáveis

pelas suas escolhas. Pessoas que solicitavam a participação neste tipo de apoios (Carmeli e Imam, 2014). Pessoas que evoluíram ao nível motor, demonstrando melhor agilidade, consciência dos movimentos e da sua precisão (IPDJ, 2012), pessoas que exteriorizavam felicidade em vivenciar tais momentos, a ter um momento de lazer e divertido, e ao mesmo tempo terapêutico, que traria por sua vez, resultados positivos no seu bem-estar físico e psicológico (Vogt, Schneider, Abeln, Anneken e Strüder, 2012; IPDJ, 2012). Pessoas que a cada saída competitiva, com outras instituições, ganhavam mais confiança para continuar o seu trabalho naquele apoio, sem desistir dos seus objetivos.

Este estágio possibilitou-me expandir bastante os meus horizontes, permitiu-me sonhar, apesar de todas as divergências. Favoreceu o meu crescimento ao nível pessoal e profissional, nas várias valências que a Psicomotricidade pode intervir. Propiciou-me uma nova forma de pensar, de refletir e de agir. Apresentou-me um mundo, onde eu própria fiz descobertas diárias, onde me pus à prova, onde pus a criatividade a trabalhar para idealizar novas técnicas de trabalho e de intervenção, onde pude voar pelo desconhecido.

Referências

- Almeida, F. A. e Vaccari, A. M. H. (2007). A importância da visita de animais de estimação na recuperação de crianças hospitalizadas. *Revista Einstein*, 5(2), 111-116.
- Amaral, M., Coutinho, A. e Martins, M. (1994). *Para uma gramática de língua gestual portuguesa*. Lisboa: Editorial Caminho.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Washington, DC: Autor.
- Associação Para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (s.d.a). Home. Retirado de <https://apercim5.webnode.pt/>.
- Associação Para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (s.d.b). Missão, Visão e Valores. Retirado de <https://apercim5.webnode.pt/miss%C3%A3o%2c-vis%C3%A3o-e-valores/>.
- Associação Para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (s.d.c). Organograma. Retirado de <https://apercim5.webnode.pt/organograma/>.
- Associação Para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (s.d.d). Regulamento Interno CRI. Retirado de <https://apercim5.webnode.pt/respostas-sociais/cr-centro-de-recursos-para-a-inclus%C3%A3o/>.
- Associação Para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (s.d.e). Regulamento Interno do Lar Residencial. Retirado de <https://apercim5.webnode.pt/respostas-sociais/lar-comendadodres-nunes-corr%C3%AAa/regulamento-interno/>.
- Associação Para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (2015). Regulamento Interno CAO. Retirado de <https://apercim5.webnode.pt/respostas-sociais/cao-centro-de-atividades-ocupacionais/regulamento-interno/>.
- Associação Síndrome de Dravet – Portugal (2018). Síndrome de Dravet. Retirado de <http://dravet.pt/sindrome-dravet/>.
- Baird, G., Scott, W., Dearing, E., e Hamill, S. (2009). Cognitive self-regulation in youth with and without learning disabilities: Academic self-efficacy, theories of intelligence, Learning vs performance goal preferences, and effort attributions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 881–908.
- Fritz, A., Nascimento, A., Pranto, A., Lourenço, H., Carreto, M., Guimarães, R., Brandão, T. (1999). Tradução e Adaptação do Teste de Avaliação do Desenvolvimento "The Schedule of Growing Skills II" (Bellman, Lingam e Aukett, 1996). UTL -Faculdade de Motricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação.
- Boscaini, F. (2004). Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A Psicomotricidade*, 3, 53-65.
- Bovo, R., Ciorba, A., Martini, A. (2008). The diagnosis of autoimmune inner ear disease: evidence and critical pitfalls. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 266, 37–40.

- Braem, P. (1990). Acquisition of the handshape in American Sign Language: A preliminary analysis. In V. Volterra & C. Erting (eds.) *From gesture to language in hearing and deaf children* (pp. 107-127). Washington D. C.: Gallaudet University Press.
- Bryan, T. (1991). Social Problems and Learning Disabilities. In Bernice Y. L. Wong (ed.), *Learning About Learning Disabilities* (pp.195-229). New York: Academic Press, Inc.
- Burton, H. L. (2011). "Queen of the world": experiences of "at-risk" young people participating in equineassisted learning/therapy. *Journal of Social Work Practice*, 25, 165-183.
- Cabral E. (2005). Dar ouvidos aos surdos, velhos olhares e novas formas de os escutar In O. Coelho (coord.). *Perscrutar e escutar a surdez* (pp. 37-58). Santa Maria da Feira Edições: Afrontamento.
- Clark, T. (2019). Assessment and Development of Deaf Children with Multiple Challenges. In H. Knoors e M. Marschark (Eds.), *Evidence-Based Practices in Deaf Education* (33-58). United States of America: Sheridan Books.
- Carmeli, E. e Imam, B. (2014). Health promotion and disease prevention strategies in older adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Frontiers in Public Health*, 2(31), 1-7. doi: 10.3389/fpubh.2014.00031.
- Contandriopoulos, A. P. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 705-711.
- Correia, L. M. (2008). Dificuldades de aprendizagem específicas: Contributos para uma definição portuguesa. Porto: Porto Editora.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança - Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Dietz, T., Davis, D., e Pennings, J. (2012). Evaluating animal-assisted therapy in group treatment for child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21, 665-683. doi:10.1080/10538712.2012.726700.
- Dotti, J. (2006). *Terapia & Animais* 2ª Edição. São Paulo: Noética.
- Espeso, A., Owens, D., e Williams, G. (2006). The diagnosis of hearing loss in children: Common presentations and investigations. *Current Paediatrics*, 16(7), 484–488.
- Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência (2017a). Modalidades – Boccia. Retirado de <http://fpdd.org/modalidades-boccia/>.
- Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência (2017b). Modalidades – Polybat. Retirado de <http://fpdd.org/polybat/>.
- Filho, P. (2003). *A psicomotricidade relacional em meio aquático*. Barueri: Manole.
- Fonseca, V. (1976). Contributo para o Estudo da Génese da Psicomotricidade. Lisboa. Editorial Notícias.

- Fonseca, V. (1984). *Uma Introdução às Dificuldades de Aprendizagem*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (1999). *Insucesso Escolar – Abordagem Psicopedagógica das Dificuldades de Aprendizagem*. Lisboa: Âncora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. e Oliveira, J. (2009). *Aptidões Psicomotoras e de Aprendizagem - Estudo Comparativo e Correlativo com base na Escala de McCarthy*. Lisboa: Âncora Editora.
- Gheysen, F., Loots, G., Waelvelde, H. (2008). Motor development of deaf children with and without cochlear implants. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13(2), 215–224.
- Gomes, W. (1995). *Natação: Uma alternativa metodológica*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Gromowski, V. e Silva, J. A. (2014). Psicomotricidade na Educação Infantil. *Psicologado*. Retirado a 17 de Dezembro de <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-escolar/psicomotricidade-na-educacao-infantil>;
- Hernández, M. (2003). *Manual de educación física adaptada al alumnado con discapacidad*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Instituto Português do Desporto e Juventude [IPDJ] (2012). Desporto Adaptado – definições. Retirado de <http://www.idesporto.pt/conteudo.aspx?id=27&idMenu=4>.
- Jofré, M. (2005). Visita terapéutica de mascotas en hospitales. *Revista Chilena de Infectología*, 22, 257-263.
- Kiphard, E. J.; Schilling, V. F. (1974). *Körperkoordinations. Test für Kinder. KTK*: Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Kobayashi, C. T., Ushiyama, S. T., Fakih, F. T., Robles, R. A., Carneiro, I. A. & Carmagnani, M. I. S. 2009. Development and implementation of Animals-Assisted Therapy in a university hospital. *Revista brasileira de enfermagem*, 62, 632-636.
- Lehmann, R. (1987). *O ensino da natação a deficientes graves*. Lisboa, Desporto.
- Lobo, D., García-Berrocal, J., Ramírez-Camacho, R. (2014). New prospects in the diagnosis and treatment of immune-mediated inner ear disease. *World J Methodol*, 4(2), 91–98.
- Macedo, L. C. S. (2009). *A importância da psicomotricidade no processo de alfabetização*. (Monografia de Pós-Graduação não publicada na especialidade de Psicomotricidade). Universidade Cândido Mendes, Niterói. Retirado de http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/n202985.pdf.
- Machado, J. D. A. C., Rocha, J. R., Santos, L. M. e Piccinin, A. (2008). Terapia assistida por animais (TAA). *Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária*, 10, 1-7.
- Martín, M. A. C. (1994). Dificultades Globales de Aprendizaje. In Santiago Molina García (ed.), *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial* (pp. 145-168). Madrid: Marfil.

- Melo, R., Lemos, A., Macky, C., Raposo, M., Ferraz, K. (2014) Postural control assessment in students with normal hearing and sensorineural hearing loss. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 81(4), 431–438.
- Mercer, C. D. (1994). Learning Disabilities. In N. G. Haring, L. McCormick e T. G. Haring (eds.). *Exceptional Children and Youth – Na Introduction to Special Education* (pp. 114-164). New Jersey: Prentice-Hall.
- Monedero, C. (1989). Dificuldades de Aprendizagem Escolar – Uma Perspectiva Neuropsicológica. Madrid: Ediciones Pirámide, SA.
- National Deaf Children's Society (2015). *Supporting the Achievement of Hearing Impaired Children in Early Years Settings*. Retirado de [file:///C:/Users/B%C3%A1rbara%20Ramalho/Downloads/Supporting the achievement of hearing impaired children in early years settings.pdf](file:///C:/Users/B%C3%A1rbara%20Ramalho/Downloads/Supporting%20the%20achievement%20of%20hearing%20impaired%20children%20in%20early%20years%20settings.pdf).
- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula – Um Guia para Professores*. Porto: Porto Editora.
- Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana (2018). Faculdade de Motricidade Humana [documento aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Motricidade Humana na reunião plenária de 20 de junho de 2018].
- Oliva, V. N. L. S. Terapia Assistida por Animais. In: Costa Neto, E. M. & Alves, R. R. N. *Zooterapia - os animais na medicina popular brasileira*, 1.ed. Recife: NUPEEA, 2010. p.127-140.
- Onofre, P. (2000). Ensaio para uma avaliação livre e aberta das capacidades de desenvolvimento das crianças com estratégias de dinâmica fenomenológica e psicossomática. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7(1), 47-68.
- Paralisia Cerebral – Associação Nacional de Desporto [PCAND] (2018). Modalidades – Boccia: Sobre a Modalidade. Retirado de <http://pcand.pt/modalidades/boccia>.
- Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47-52.
- Reaser, A., Prevatt, F., Petscher, Y., e Proctor, B. (2007). The learning and study strategies of college students with ADHD. *Psychology in the Schools*, 44, 627–638.
- Ribeiro, L. (2010). Abordagens da intervenção nas Dificuldades de Aprendizagem Específicas. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 17(4), 7-12.
- Rodrigues, D. (2006). *Atividade Motora Adaptada. A alegria do corpo*. São Paulo: Artes Médicas.
- Silva, R. M. (2009). Bem-estar animal em programas de zooterapia ou terapia assistida por animais. *Pubvet, Londrina*. V.3, N.20. Ed,81, Art.57.
- Silva, L. e Cavalari, N. (2010). Psicomotricidade e Aprendizagem. *Caderno Multidisciplinar de Pós-Graduação da UCP*, 1(4), 102-114.
- SNIPi (2017a). Critérios de Elegibilidade. Retirado de <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/criterios-de-elegibilidade.aspx>.

- SNIPi (2017b). Introdução. Retirado de <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/introducao.aspx>.
- SNIPi (2017c). Organização – Comissão de coordenação. Retirado de <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/organizacao/comissao-de-coordenacao.aspx>.
- SNIPi (2017d). Organização – Equipas Locais de Intervenção. Retirado de <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/organizacao/equipas-locais-de-intervencao.aspx>.
- SNIPi (2017e). Organização – Núcleos de Supervisão Técnica. Retirado de <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/organizacao/nucleos-de-supervisao-tecnica.aspx>.
- SNIPi (2017f). Organização – Sub-Comissões de coordenação regional. Retirado de <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/organizacao/sub-comissoes-de-coordenacao-regional.aspx>.
- Sparks, R., e Lovett, B. (2009). College students with learning disability diagnoses: Who are they and how do they perform? *Journal of Learning Disabilities*, 42, 494–510;
- Vale, C. (2007). A criança surda e a Psicomotricidade. Contribuição da intervenção psicomotora para a aprendizagem da língua gestual. *A Psicomotricidade*, 10, 35-37.
- Valente, A., Correia, M. J. e Dias, R. (2005). In O. Coelho (coord.). *Perscrutar e escutar a surdez* (pp. 81-90). Santa Maria da Feira Edições: Afrontamento.
- Vogt, T., Schneider, S., Abeln, V., Anneken, V. e Strüder, H. (2012). Exercise, mood and cognitive performance in intellectual disability – A neurophysiological approach. *Behavioural Brain Research*, 226(2), 473–480. doi: 10.1016/j.bbr.2011.10.015.
- Vygotsky, L. S. (1989). *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Wolff, M., Cassè- Perrot, C., Dravet, C. (2006). Severe Myoclonic Epilepsy of Infants (Dravet Syndrome): Natural History and Neuropsychological Findings. *Epilepsia*. 47 (Suppl2):S45-8.
- World Health Organization [WHO] (2017). Physical activity [website]. Retirado de <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
- World Health Organization [WHO] (2018). Addressing the rising prevalence of hearing loss. Geneve: Autor. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/260336>.

Anexos

Anexo A – Checklist Bateria Psicomotora

Nome do Estudo de Caso: _____ Género: _____

Técnico: _____ Data de Avaliação: ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos ____ meses

Checklist do Desenvolvimento Psicomotor									
									Observações
Aspeto Somático	Ectomorfo	Mesomorfo	Endomorfo						
Desvios posturais					Perfil				
					4	3	2	1	
Fatigabilidade									
Fatores Psicomotores	Subfatores								
Tonicidade	Hipertonicidade		Hipotonicidade						
	Extensibilidade	Membros Superiores							
		Membros Inferiores							
	Passividade								
	Paratonia	Membros Superiores							
		Membros Inferiores							
	Sincinesias	Bucais							
		Contralaterais							
Equilibração	Imobilidade								
	Equilíbrio Estático	Apoio Retilíneo							
		Ponta dos Pés							
		Apoio num pé	E	D					
	Equilíbrio Dinâmico	Marcha controlada							
		Evolução na Trave – frente							
		Evolução na Trave – trás							
		Evolução na Trave – direita							
		Evolução na Trave - esquerda							
		Pé-coxinho direito							
		Pé-coxinho esquerdo							
		Pés juntos para a frente							
		Pés juntos para trás							
Salto de pés juntos (olhos fechados)									
Lateralização	Ocular								
	Auditiva								
	Manual								
	Podal								
Noção do Corpo	Sentido Cinestésico								
	Reconhecimento (Direito/Esquerda)								
	Autoimagem (face)								
	Imitação de Gestos								
	Desenho do corpo								
	Organização Espacial								

Estruturação Espacio-temporal	Estruturação Dinâmica						
	Representação Topográfica						
	Estruturação rítmica						
	Frente, Trás, Dentro e Fora						
Praxia Global	Coordenação oculomanual						
	Coordenação oculopodal						
	Dismetria						
	Dissociação	Membros Superiores					
		Membros Inferiores					
		Agilidade					
Praxia Fina	Coordenação Dinâmica manual						
	Tamborilar						
	Velocidade-precisão						

Esta checklist foi adaptada da Bateria Psicomotora, simplificando algumas tarefas, mediante a patologia da criança.

Anexo B – Checklist da Growing Skills

Nome do Estudo de Caso: _____ Género: _____

Técnico: _____

Data de Avaliação: ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____ anos ____ meses

Ítems		F	NF	Observações
Checklist do Desenvolvimento Psicomotor				
Capacidades Locomotoras				
Movimento e Equilíbrio				
22	Rebola e vira-se (apoiado sobre a barriga) para se deslocar	1		
23	Tenta gatinhar ou arrastar-se (por vezes para trás)	2		
24	Anda, seguro por ambas as mãos, apoiando todo o peso nos pés	3		
25	Anda agarrado à mobília (ou a empurrar brinquedos com rodas)	4		
26	Anda sozinho, pés afastados e braços levantados para manter o equilíbrio	5		
27	Anda bem, pés apenas ligeiramente afastados, consegue virar esquinas e parar subitamente	6		
28	Apanha um objeto do chão sem cair	7		
29	Corre com confiança, para e inicia com cuidado evitando obstáculos	8		
30	Salta elevando ambos os pés do chão	9		
31	Anda em "bicos de pés"	10		
32	Corre em "bicos de pés"	11		
33	Dá 3 saltos ao pé-coxinho	12		
34	Anda, colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé (ex. em cima de uma linha – pelo menos 4 passos)	13		
35	Mantém-se 8 segundos em equilíbrio, em cada um dos pés	14		
Escadas				
36	Sobe escadas de gatas	1		
37	Sobe escadas com a mão segura, colocando ambos os pés no mesmo degrau (sem alternância de pés)	2		
38	Sobe e desce escadas, com confiança, sem alternância de pés	3		
39	Sobe escadas com alternância de pés e desce escadas sem alternância de pés, de modo independente	4		
40	Sobe e desce escadas de modo independente, colocando um pé em cada degrau (padrão adulto)	5		
41	Sobe escadas a correr	6		
Pontuação das Capacidades Locomotoras				
Capacidades Manipulativas				
Mãos				
42	Mãos fechadas e polegar fletido	1		
43	Olha para as mãos e brinca com os dedos	2		
44	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra	3		
45	Preensão palmar (o objeto é agarrado pelo polegar e vários dedos, contactando com a palma da mão)	4		
46	Transfere objetos de uma mão para a outra	5		
47	Segura 2 cubos, um em cada mão e junta-os	6		
48	Pega num objeto realizando pinça inferior (segura o objeto entre o polegar e outros dedos, sem oposição completa – ex. Pinça lateral)	7		
49	Pega num pequeno objeto realizando uma pinça nítida (oposição completa entre o polegar e indicador)	8		
50	Atira deliberadamente os brinquedos ao chão	9		

Mestrado de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana
Associação para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra

Ítems		F	NF	Observações
51	Vira a página de um livro (várias de cada vez)	10		
52	Vira uma página de cada vez	11		
53	Coloca 10 pinos dentro de uma chávena em 30 segundos	12		
54	Coloca 8 pinos na tábua de encaixe em 30 segundos	13		
Cubos				
55 C	Torre de 2 cubos	1		
56 C	Torre de 3 cubos	2		
57 C	Torre de 4-6 cubos	3		
58 C	Torre de 7 ou mais cubos	4		
59 C	Constrói ponte de cubos (com modelo à vista)	5		
60 C	Constrói escada de 3 degraus com 6 cubos (com modelo à vista)	6		
Desenho				
61 C	Rabisca para cá e para lá	1		
62 C	Rabisco circular	2		
63 C	Imita linha vertical e/ou horizontal	3		
64 C	Imita círculo	4		
65 C	Imita cruz	5		
66 C	Copia quadrado	6		
Desenho da Figura Humana				
67 C	Desenha cabeça e uma outra parte	1		
68 C	Desenha cabeça, pernas e braços (dois)	2		
69 C	Desenha cabeça, face, tronco, pernas e braços	3		
Pontuação das Capacidades Manipulativas				
Capacidades Visuais				
Compreensão Visual				
78 C	Procura objeto escondido	3		
79 C	Atento e interessado pelo movimento à distância (ex. através da janela, movimento de um pássaro, etc)	4		
80 C	Aponta com um dedo para objetos distantes	5		
81 C	Mostra-se interessado em gravuras	6		
82 C	Reconhece detalhes do Livros de Figuras	7		
83 C	Completa o quadro de formas	8		
84 C	Completa o quadro de peixes	9		
85 C	Reconhece pequenos detalhes de figuras	10		
86 C	Combina 2 cores	11		
87 C	Combina 4 cores	12		
88 C	Emparelha 10 cartões de cores	13		
89	Coopera em teste formal de visão – 6 metros (ex. carta de snellen)	14		
Pontuação das Capacidades Visuais				
Audição e Fala				
Função				
90	Assusta-se com o ruído	1		
91	Responde à voz	2		
92	Olha para o local de onde vem a voz da mãe	3		
Compreensão Auditiva				
93	Vira a cabeça em direção à fonte sonora	1		
94	Atento aos sons rotineiros	2		
95	Compreende “não” / “adeus”	3		
96	Reconhece o próprio nome	4		

Mestrado de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana
Associação para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra

Ítems		F	NF	Observações
97	Mostra compreender os nomes de pessoas ou objetos familiares	5		
98	Seleciona, a pedido, 2 de 4 objetos	6		
99	Aponta para 2 partes do corpo nomeadas (ex. nariz, mãos)	7		
100	Aponta para partes do corpo na boneca (ex. olhos, barriga)	8		
101	Segue ordem de 2 passos (ex. "Dá de beber à boneca", "Penteia o cabelo da boneca")	9		
102	Mostra compreender os verbos, utilizando as gravuras de atividades ou ações	10		
103	Mostra compreender as funções dos objetos utilizando as gravuras	11		
104	Mostra compreender as preposições (ex. debaixo, em cima, atrás, etc)	12		
105	Compreende adjetivos relacionados com a dimensão	13		
106	Compreende negativos (ex. "Qual é a que não tem sapatos?")	14		
107	Cumprir uma ordem com duas instruções (ex. "Põe a boneca no chão e depois vai fechar a porta")	15		
108	Compreende questões mais complicadas (ex. "O que fazes se te perderes?")	16		
109	Cumprir ordens com 3 instruções (ex. "Antes de dares o copo à mãe, põe a colher no chão e dá-me a boneca")	17		
110	Compreende negativos em frases complexas (ex. "Qual é a que não serve nem para comer nem para beber")	18		
	Pontuação da Audição e Fala			
	Fala e Linguagem			
	Vocalização			
111	Faz sons guturais ocasionais	1		
112	Vocaliza quando está satisfeito	2		
113	Ri e grita durante a brincadeira	3		
114	Palra continuamente e com entoação	4		
115	Imita sons dos adultos, sons divertidos (ex. tosse, Brr)	5		
	Linguagem Expressiva			
116	Lalações incessantes contendo essencialmente vogais e muitas consoantes	1		
117	Usa uma palavra com significado	2		
118	Comunica utilizando simultaneamente gestos e vocalizações	3		
119	Usa várias palavras com significado (pelo menos 4)	4		
120	Usa mais de 7 palavras com significado	5		
121	Tenta repetir palavras usadas pelos outros	6		
122	Junta 2 ou mais palavras para formar frases simples	7		
123	Nomeia objetos e gravuras familiares	8		
124	Discurso geralmente compreendida pela mãe	9		
125	Usa palavras interrogativas (ex. o quê? Onde?) e usa 2 pronomes pessoais (ex. mim, tu)	10		
126	Capaz de manter conversação simples e descreve acontecimentos	11		
127	Sabe várias canções infantis ou comerciais	12		
128	Consegue relatar vagamente acontecimentos recentes	13		
129	Discurso fluente e claro	14		
130	Consegue construir frases com 5 ou mais palavras	15		
131	Consegue descrever sequência de acontecimentos	16		
132	Consegue explicar acontecimentos	17		
	Pontuação das Capacidades de Linguagem e Fala			
	Capacidades de Interação Social			
	Comportamento Social			
133	Sorri	1		
134	Responde ao tratamento carinhoso	2		
135	Gosta do banho e das rotinas higiénicas	3		
136	Leva tudo à boca (exploração oral)	4		

Mestrado de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana
Associação para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra

Ítems		F	NF	Observações
137	Mostra-se irritado quando está frustrado	5		
138	Faz gracinhas e acena adeus	6		
139	Explora objetos que estão á sua volta	7		
140	Imita atividades simples da vida diária	8		
141	Comportamento rebelde quando contrariado	9		
142	Brinca com outras crianças, mas não partilha brinquedos	10		
143 C	Partilha brinquedos	11		
144 C	Mostra-se preocupado com irmãos e amigos	12		
145	Conforta ativamente irmãos e amigos	13		
146	Escolhe os melhores amigos	14		
	Jogo			
147	Quando lhe é oferecida uma roca, abana-a para obter som	1		
148	Encontra um objeto parcialmente escondido	2		
149	Encontra rapidamente um objeto escondido	3		
150 C	Explora as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objetos, com interesse	4		
151	Brinca sozinho perto de uma pessoa familiar	5		
152 C	Brinca com os brinquedos de modo habilidoso (ex. empurrar objetos grandes sem bater na parede)	6		
153	Chuta bola grande	7		
154	Atira com a mão uma bola pequena (por cima da cabeça)	8		
155 C	Sabe aguardar a sua vez no jogo	9		
156	Participa em jogos de cooperação e imaginação, cumprindo as regras	10		
	Pontuação das Capacidades de Interação Social			
	Capacidades Sociais de Autonomia			
	Alimentação			
157	Segura no biberão quando está a ser alimentado	1		
158	Agarra na colher	2		
159	Segura, morde e mastiga uma bolacha	3		
160	Bebe por um copo (adequado para bebés) com ajuda	4		
161	Segura na colher, mas não se alimenta	5		
162	Segura na colher, leva-a à boca mas entorna	6		
163	Segura no copo com ambas as mãos e bebe, sem entornar muito	7		
164	Come sozinho com a colher, sem entornar muito	8		
165	Levanta o copo com uma mão, bebe e coloca-o na mesma sem dificuldade	9		
166	Come perfeitamente sozinho, com a colher	10		
167	Come com colher e garfo	11		
168	Come com garfo e faca (com pequena ajuda)	12		
169	Não necessita de ajuda durante toda a refeição	13		
	Higiene			
170	Dá sinal, chorando ou contorcendo-se, quando está molhado ou com fezes	1		
171	Antecipa as necessidades de higiene com comportamento agitado ou vocalizações	2		
172	Mantém-se geralmente seco durante o dia	3		
173	Verbaliza necessidade de ir à casa de banho em tempo razoável	4		
174	Mantém-se geralmente seco durante a noite	5		
175	Lava as mãos	6		
176	Lava e seca as mãos e tenta escovar os dentes	7		
177	Lava e seca completamente as mãos e a cara	8		
178	Veste-se e despe-se sozinho (exceto botões e fechos)	9		
179	Veste-se e despe-se sozinho (incluindo botões e fechos)	10		

Ítems		F	NF	Observações
	Pontuação das Capacidades Sociais de Autonomia			
	Pontuação das Capacidades Cognitivas			

Anexo C – Planeamentos realizados ao longo do Estágio

Planeamento de uma das sessões do Martim

Nome do(s) Cliente(s)	Martim	N.º de Sessão	8
Data	14 de maio de 2018	Hora	9h30 – 10h00
Estagiária	Bárbara	Técnicos	TSEER Ana Pereira;
Área	Psicomotricidade em contexto educativo	Duração da Sessão	30 minutos
Objetivos Gerais	Harmonizar o Tónus, Promover a Lateralidade;		

Atividades	Descrição	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais	Estratégias	Material	Min
Ativação Geral	<p>Inicialmente o balão deve ser lançado pelo ar, entre o técnico e a criança. O balão não deve tocar no chão.</p> <p>Seguidamente o balão deve ser colocado em partes do corpo e ser com este, percorrer um determinado percurso – entre as pernas, debaixo do braço, sobre as mãos (sem agarrar), nas costas, em cima da cabeça;</p> <p>Por fim, fazer o mesmo percurso juntamente com o técnico (ou com um amigo);</p>	<p>Aquecimento dos grupos musculares;</p> <p>Promover a mudança do corpo nas diferentes posições;</p>	<p>Conseguir fazer os passes, com a direção e força adequada;</p> <p>Conseguir fazer as várias posições com o corpo;</p>	<p>Reforço Positivo, Verbalização, Demonstração</p>	Balões;	7'
	<p>Existem duas lanternas de diferentes cores. Inicialmente estas serão associadas à mão que a criança deve utilizar – uma cor para a mão direita e outra cor para a mão esquerda. A criança deve ficar atenta e tocar com a mão correta, nas luzes.</p>	<p>Promover a atenção;</p> <p>Favorecer a memória;</p> <p>Promover a utilização das duas mãos e o cruzamento da linha média;</p>	<p>Conseguir tocar nas luzes com a mão correta, admitindo-se 5 erros;</p>	<p>Reforço Positivo, Verbalização, Demonstração</p>	Lanternas;	8'
Desenvolvimento	<p>A criança deve rodar a seta e identificar a cor e a parte do corpo que vai utilizar, colocando-a no círculo correto.</p>	<p>Promover o cruzamento da linha média;</p> <p>Favorecer diferentes posições do corpo, adaptando a melhor para conseguir colocar as mãos e os pés no tapete;</p>	<p>Conseguir posicionar a parte do corpo no círculo correto;</p>	<p>Reforço positivo, Demonstração, Verbalização,</p>	Twister;	0"
	<p>A criança deve fazer construções com copos de plástico – uma torre; fazer dois muros, de forma a passar pelo meio sem os destruir, tendo atenção aos movimentos;</p> <p>De seguida, deve arrumar os copos com a utilização de uma mão;</p>	<p>Promover a utilização das duas mãos;</p> <p>Favorecer o controlo dos movimentos involuntários;</p> <p>Promover o cruzamento da linha média;</p>	<p>Conseguir imobilizar os grupos musculares não necessários;</p> <p>Conseguir ajustar a utilização das mãos à atividade;</p>		Copos de plástico;	
Relaxação	<p>Deitada no colchão, a criança deve colocar as mãos na coluna de forma a sentir a música.</p> <p>A criança deve fechar os olhos.</p> <p>A coluna pode ser colocada nas diferentes partes do corpo.</p>	<p>Promover a relaxação dos grupos musculares;</p> <p>Promover a perceção da vibração;</p>	<p>Conseguir fechar os olhos;</p> <p>Regular os movimentos involuntários;</p>	<p>Reforço positivo, Demonstração, Verbalização;</p>	Música; Coluna;	5'

Planeamento de uma das sessões da Lara

Nome do(s) Cliente(s)	Lata	N.º de Sessão	10
Data	18 de abril de 2018	Hora	10h00 – 10h45
Estagiária	Bárbara	Técnicos	TSEER Sofia Cruz;
Área	Adaptação ao meio aquático	Duração da Sessão	45 minutos
Objetivos Gerais	Promover a Adaptação ao meio aquático, Promover a Motricidade Fina, Desenvolver a Propulsão;		

Atividades	Descrição	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais	Estratégias	Material	Min
Ritual de Entrada	A criança deve descalçar os chinelos, colocá-los à borda da piscina e entrar na piscina, pelas escadas de acesso.					2'
Aquecimento	Existem vários peixes coloridos dispersos na água. A criança deve apanhar os peixes com a rede de pesca, colocando os peixes na borda da piscina, dentro da argola na respetiva cor. A criança deve deslocar-se executando saltos.	Promover o aquecimento dos membros superiores e inferiores; Promover o equilíbrio e a adaptação ao meio aquático; Favorecer a coordenação oculomaneira;	Executar de forma correta os movimentos com as pernas; Conseguir apanhar os peixes com a rede;	Reforço positivo, Verbalização, Demonstração;	Rolo de Espuma; Peixes coloridos;	8'
	"Números" A criança deve contar os conjuntos numéricos que se encontram na beira da piscina. Seguidamente, deve associar ao número de esponja.	Promover a marcha controlada; Promover uma deslocação retilínea;	Conseguir associar a quantidade de peixes ao número respetivo; Conseguir discriminar o número;	Reforço Positivo, Verbalização, Demonstração,	Molas; Peixes coloridos; Números de esponja;	12'
Desenvolvimento	O pinguim encontra-se em cima do colchão flutuante, com círculos de várias cores à sua volta, junto às escadas da piscina. Existem peixes coloridos dispersos na piscina. A criança deve apanhar os peixes dois a dois e levá-los até ao pinguim, separando os peixes e colocando-os na cor respetiva. A criança deve deslocar-se em propulsão.	Promover a propulsão; Favorecer movimentos voluntários controlados;	Fazer a propulsão ritmada; Manter a atenção na atividade;	Reforço positivo, Demonstração, Verbalização,	Peixes coloridos; Pinguim; Colchão flutuante;	15"
	"Viagem" Inicialmente a criança deve deitar-se de decúbito dorsal num colchão flutuante. Seguidamente o técnico deve fazer movimentos direita-esquerda, movimentando o colchão ao longo do percurso. Pode existir música para ritmar a viagem, ou fazer a coreografia das cirandas.	Favorecer a dissociação das partes do corpo; Favorecer a segurança no meio aquático;	Posição de decúbito dorsal correta e sem tensões; Movimentos ritmados, no caso da coreografia;	Reforço positivo, Demonstração, Verbalização;	Colchão flutuante;	5'
Ritual de Saída	O cliente deve sair da piscina pelas escadas de acesso, calçar os chinelos, ajudar a arrumar o material no local correspondente e dirigir-se aos balneários;					3'

Planeamento de uma das sessões com o Eduardo e Iara

Nome do(s) Cliente(s)	Eduardo e Iara	N.º de Sessão	5
Data	12 de abril de 2018	Hora	9h15 – 10h00
Estagiária	Bárbara	Técnicos	TSEER Sofia Cruz;
Área	Psicomotricidade em contexto educativo	Duração da Sessão	45 minutos
Objetivos Gerais	Promover o Equilíbrio, a Estruturação Espaço-Temporal e a Lateralidade.		

Atividades	Descrição	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais	Estratégias	Material	Duração
Ativação Geral	“Macaca Psicomotora”	Circuito feito com pegadas e com arcos, de forma a apanhar alguns objetos dispersos no percurso – pés afastados, pés juntos, apoio unipodal. As crianças devem executar saltos e respeitar o percurso feito com as pegadas.	Promover o aquecimento dos segmentos musculares; Favorecer o equilíbrio dinâmico;	Conseguir respeitar as pegadas, com ligeiros sinais de instabilidade gravitacional;	Demonstração; Reforço Positivo, Verbalização	Pegadas, Arcos; 8'
	“Direções”	Inicialmente uma das crianças deve indicar ao colega como deve construir o caminho com as setas (seta para a direita, seta para a esquerda, seta para cima, seta para baixo). Existe um caminho desenhado, o qual o colega deve dar indicações verbais para a construção do mesmo.	Promover a consciência da direita/esquerda, baixo/cima; Favorecer a confiança no outro e em si próprio; Promover a estruturação visuo-espacial;	Conseguir dar as indicações corretas ao colega e executar as indicações que lhe são dadas;	Reforço Positivo, Verbalização, Demonstração,	Folha com o caminho, Setas em EVA; 15'
	“Não toca no balão”	Inicialmente com dois lápis devem levar o balão de uma ponta a outra. Seguidamente as crianças devem levar em conjunto um e posteriormente dois balões, até ao final do caminho. O caminho deve ser feito inicialmente, com ligeiras curvas;	Promover a cooperação; Favorecer o equilíbrio dinâmico;	Conseguir levar o balão, sem deixá-lo cair;	Reforço positivo, Demonstração, Verbalização,	Balões; Lápis; Batões; 15"
Relaxação	“Dança”	As crianças devem imaginar que são uma árvore, cujas raízes estão presas ao chão. As mesmas devem sentir a música e balançar os braços ao som da música.	Promover a relaxação dos segmentos corporais; Favorecer movimentos ritmados.	Conseguir relaxar os segmentos corporais, sem movimentos voluntários e involuntários;	Reforço positivo, Demonstração, Verbalização;	Música; 7'

Anexo D – Exemplos de materiais criados para a intervenção

